

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA**Odstranění krční cysty****POVAHA A CÍL VÝKONU**

Cílem výkonu je odstranění krční cysty.

VLASTNÍ VÝKON

Operace je prováděna z řezu na krku v místě, kde se cysta nachází. Výkon tedy zanechává jizvu na krku. Výkon je prováděn celkové anestézii. Během výkonu je dle operačního nálezu vkládán do rány drén, který odvádí tekutinu, která se tvoří v ráně během hojení. Drén je odstraňován 1.-2. pooperační den.

MOŽNÉ KOMPLIKACE

I při správném provedení výkonu mohou nastat komplikace jako krvácení, zánět v operační ráně, vznik hypertrofické jizvy, zmenšení citlivosti v operované oblasti, bolestivost. Ve vzácném případě může dojít k poranění okolních struktur (cévy, nervy).

PÉČE PO OPERACI A HOSPITALIZACE

Hojení operační rány trvá zpravidla 7-9 dnů, kdy jsou také odstraňovány stehy. Během hojení je ránu třeba chránit před vodou a nečistotami. Délka hospitalizace je průměrně 4 dny. Doba rekonvalescence je až 10 dnů po propuštění.

ALTERNATIVY VÝKONU

Alternativou výkonu je neoperovat. Rizikem alternativního postupu je zvětšení cysty, zánět cysty a okolních tkání na krku.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

Podepsáním tohoto dokumentu potvrzuji, že poučení bylo dostatečné a porozuměl(a) jsem jeho obsahu. Prohlašuji, že během poučení jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno. Plně rozumím textu, který podepisuji a činím tak ze své svobodné vůle, při plném vědomí a souhlasím s navrhovanou zdravotní péčí, výkonem a eventuální modifikací a případným nutným rozšířením zákroku. V případě odmítnutí jsem byl(a) seznámen(a) se všemi riziky svého rozhodnutí a jsem si plně vědom(a) jejich důsledků. Toto prohlášení potvrzuji svým vlastnoručním podpisem. V případě zákonného zástupce vlastnoručním podpisem zákonného zástupce.

Jméno a příjmení pacienta	
Rodné číslo pacienta	
Podpis pacienta (zákonného zástupce)	
V Náchodě dne	

Podpis a jmenovka lékaře:	Razítko oddělení

PROHLÁŠENÍ SVĚDKA

Varianta pro případ, kdy se pacient nemůže podepsat.

Prohlašuji, že pacient přede mnou projevil, že sdělené poučení souhlasí s výše uvedenými skutečnostmi a v uvedeném rozsahu.

Svědék: (Jméno, příjmení. Není-li svědek pracovníkem zdravotnického zařízení, adresa a datum naroz.)	
Pacient se nemůže podepsat z důvodu, že:	
Pacient projevil svůj souhlas tak, že:	
Podpis svědka:	