

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

Odstranění podčelistní slinné žlázy

POVAHA A CÍL VÝKONU

Cílem operace je odstranění podčelistní slinné žlázy postižené nádorem nebo chronickým zánětem často s přítomností kaménků ve žláze nebo jejím vývodu.

VLASTNÍ VÝKON

Výkon je prováděn z řezu na krku pod dolní čelistí v místě uložení slinné žlázy, kde zanechává jizvu. Žláza je vypreparována a oddělena od okolí, je podvázán a přerušen vývod slinné žlázy stejně tak cévy přívádějící krev. Podkožní tkáň a kůže je sešita, do rány je zpravidla vkládán 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 nebo zánět v operační ráně. K dalším možným komplikacím patří porušení funkce dolní větve lícního nervu dočasné vzácně trvalé, které vede k porušení hybnosti ústního koutku, pooperační píštěl, hypertrofické jizva, porucha kožní citlivosti v operované oblasti, bolestivost, velmi vzácně porucha funkce podjazykového nervu s porušenou hybností jazyka.

PÉČE PO OPERACI A HOSPITALIZACE

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

ALTERNATIVY VÝKONU

Alternativou výkonu je neoperovat.

Rizika alternativního postupu jsou zánětlivé komplikace nebo růst nádoru.

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.

Svědka: (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:	