

Informovaný souhlas pacienta s výkonem

Gangliom – operační odstranění

- Pravá horní končetina**
- Levá horní končetina**
- Pravá dolní končetina**
- Levá dolní končetina**

Identifikační štítek
pacienta

Vážená paní, vážený pane,

vzhledem k tomu, že se jako osoba plně svéprávná podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován/a. Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám bylo lékařem doporučeno operační odstranění Gangliomu.

Účel výkonu a jeho průběh:

Ganglion je výběžek šlachové pochvy či kloubního pouzdra, který v měkkých tkáních vytváří nádorku podobný útvar. Jedná se o zduření obalené pouzdem a vyplněné rosolovitou hmotou. Léčení po neúspěšné konzervativní terapii je možné jen chirurgickým výkonem. Operace se provádí v místní, ale i celkové anestezii. Řez provádíme dle lokalizace ganglia nad rezistencí (zduřením) a postupnou preparací celý ganglion odstraníme. Následuje zašití kůže. Stehy odstraňujeme cca 10. den po operaci.

Rizika a možné důsledky výkonu:

Infekční komplikace místní i celkové, tromboembolické komplikace a komplikace dané celkovými onemocněními pacienta. Taktéž je možná alergická reakce na kterýkoliv z podávaných léků či desinfekci. V rámci dostupných možností je prováděna důkladná prevence těchto komplikací.

Nicméně při jejich prudkém průběhu mohou vést k trvalým následkům až úmrtí pacienta. Riziko recidivy (opětovného vzplanutí) ganglia. Riziko poranění kožního nervu s dočasným výpadkem citu v okolní oblasti.

Alternativy výkonu:

Opakování konzervativní léčby sestávající se z punkce (napíchnutí jehlou) ganglia, aplikace kortikoidní injekce do ganglia. Léčba bez operace s rizikem trvalých následků, omezení funkce a svalové síly, předpoklad snížení motoriky a nárůstu bolestivosti.

Možná omezení způsobu života a pracovní schopnosti:

Dočasná pracovní neschopnost je předpokladem doléčení operačního zákroku. Odhad délky neschopnosti se může lišit dle operačního nálezu a provedeného výkonu, včetně eventuality následných komplikací a jejich léčby. Krátkodobé znehybnění okolí rány po odstranění ganglia za účelem zhojení (jedná se o cca 5-10dnů).

Léčebný režim a preventivní opatření:

Pooperačně je snaha udržet ránu v suchu a čistotě. Doléčení bude probíhat ambulantně za pravidelných kontrol ošetřujícího lékaře.

PROHLÁŠENÍ

Já, níže podepsaný,

tímto prohlašuji, že jsem byl poučen uvedeným lékařem o svém zdravotním stavu a výkonech, které jsou třeba v rámci řádné péče o mé zdraví. Prohlašuji, že mi bylo zdravotnickým pracovníkem **sděleno a vysvětleno:**

- Účel, povaha a předpokládaný přínos výkonu nebo služby
- Předpokládané důsledky, následky a možná rizika zdravotního výkonu
- Zda existuje jiná alternativa kromě navržené zdravotní služby či výkonu, jaký je její možný přínos, důsledky a rizika a byl jsem poučen o možnosti volby
- Možné omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti po poskytnutí zdravotní služby či výkonu.

Prohlašuji:

- že mi bylo umožněno, abych lékař, který mi podával vysvětlení, **kladl doplňující otázky**, které mi řádně zodpověděl.
- že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl, poučení považuji za **dostatečné a nemám žádných dalších otázek**.
- na základě své svobodné vůle a na základě poskytnutých informací vyslovuji svůj **svobodný, informovaný souhlas**.
- souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života či zdraví, byly tyto provedeny.

V Kroměříži dne hod.

.....
Podpis pacienta / zákonného zástupce

.....
Podpis lékaře + razítko

.....
Podpis svědka