

PROVEDENÍ OPERACE - LAPAROSKOPICKÁ FUNDOPLIKACE

Poj.: _____ Strana 1 / 3
DG: _____
C.chorobopisu: _____

Vážená pacientko, vážený paciente, vážení rodiče,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu (zdravotnímu stavu Vašeho dítěte) je Vám doporučeno provedení výše uvedeného zákroku (výkonu). Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku. Seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout dát k provedení zákroku svůj souhlas.

Zákonný zástupce pacienta: - - -

Lékař, který provedl poučení: **FlexFormClientExt**

Vážená pacientko, vážený paciente, vážení rodiče,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu (zdravotnímu stavu Vašeho dítěte) je Vám doporučeno provedení výše uvedeného zákroku (výkonu). Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku. Seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout a dát k provedení zákroku svůj souhlas.

Účel, povaha a důsledky výkonu:

Vaše onemocnění má poměrně složitý název - hiátová kýla, či gastroesofageální refluxní choroba - vyjádřeno prostými slovy jedná se o nenormální zatékání obsahu žaludku zpět do jícnu z důvodu nefungujícího jednosměrného „ventilu“ (svěrače) mezi těmito dvěma orgány. Protože žaludek obsahuje kyselinu solnou, způsobuje toto opakované nežádoucí oplachování jícnové sliznice tímto roztokem její poleptání, později zánět a spolu s tím všechny nepříznivé pocity, které to mohou provázet - pálení žáhy, říhání, bolest za dolním koncem hrudní kosti, když neužíváte léky které snižují kyselost žaludečních šťáv.

Příprava k výkonu:

Chirurgické řešení spočívá ve vytvoření pružné bariéry - objímky z žaludeční stěny kolem dolního konce jícnu. Tuto operaci provádíme laparoskopicky. Přitom se břicho nafoukne kysličíkem uhlíčitým speciální jehlou, aby vznikl prostor pro samotnou práci. Pět drobnými řezy v okolí pupku a v nadbříšku zavedeme přes břišní stěnu nejprve optiku - trubičku silnou asi 1cm, tou se v bříše díváme - obraz je přenášen na monitor. Ostatními řezy jsou pak zavedeny úzké nástroje, kterými je samotná operace uskutečněna.

Příprava spočívá v oholení a umytí místa a v jeho dezinfekci. Důležitá je informace o případných alergiích, které se mohou vyskytovat na léky používané k znecitlivění.

Provedení výkonu:

Po přípravě a dezinfekci místa znecitlivění se do podkoží injekcí vpraví lék působící znecitlivění. Dávka je závislá na délce a rozsahu zákroku, pro který se znecitlivění provádí.

Doporučený režim po výkonu:

Po operaci vzhledem k určitému zúžení jícnu a s tím souvisejícím ztíženým polykáním je zapotřebí jíst 3-6 týdnů jen mixovanou stravu, po této době se obvykle polykání upravuje.

Možné komplikace a rizika:

U komplikovaných nálezů i přes pečlivou operační techniku a správný postup může dojít k náhodnému a neúmyslnému poškození okolních orgánů nebo poranění bránice s následným vznikem pneumotoraxu (volný vzduch v dutině hrudní. příp. samotného žaludku či jícnu a poté k rozšíření stávajícího operačního výkonu. Rizikem je též celková anestezie jako taková, alergická reakce na podané léky, možnost konverze laparoskopické operace klasickou

PROVEDENÍ OPERACE - LAPAROSKOPICKÁ FUNDOPLIKACE

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

C.chorobopisu:

operaci řezem v nabřišku (důvodem většinou jsou nitrobrišní srůsty či netolerance podání CO₂ při laparoskopii). Tyto příhody jsou však velmi vzácné. O vzniklé komplikaci budete neodkladně po operaci operátérem informováni i o případných následcích.

Další možná rizika a komplikace vyplývají i z individuality pacienta a příp. přidružených onemocnění - nadváha, cukrovka, atd. a mohou jimi pak být poruchy srdce a oběhu, plicní komplikace, poruchy hojení ran, infekční komplikace.

S velkou pravděpodobností budete trpět projevy většího nadýmání než doposud, neboť nutí i po této operaci již nebývá možné a polykaný vzduch tedy putuje dále do střev. 3 měsíce po operaci se vyvíbejte těžší fyzické práci a zvl. práci v předklonu.

Možné alternativy léčby:

Alternativou k operačnímu řešení je dlouhodobé, někdy celoživotní, užívání léků snižujících kyselost žaludečních šťáv, dietní režim a úprava životosprávy.

Prohlášení o informovaném souhlasu:

Prohlašuji, že jsem tento informovaný souhlas četl(a) a že mi bylo lékařem sděleno a vysvětleno:

- jaký je účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky, možná rizika a komplikace výkonu,
- zda plánovaný výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost si zvolit jednu z alternativ,
- k jakým omezením v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti a změnám v pracovní způsobilosti může příslušný zdravotní výkon vést,
- jaký léčebný režim, následná zdravotní a preventivní opatření jsou vhodná po plánovaném výkonu.

Dále prohlašuji, že jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co považuji v souvislosti s navrhovaným výkonem za podstatné, a že moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny.

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a) a považuji své poučení za dostatečné.

Prohlašuji, že na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením navrhovaného zdravotního výkonu.

Souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života byly tyto výkony provedeny.

Byl(a) jsem také poučen(a) o tom, že mohu svůj souhlas s lékařským výkonem kdykoliv před zákrokem odvolat.

Jako zákonný zástupce

~~nezletilého pacienta,~~

~~pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, nebo~~

~~pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům~~

svým podpisem stvrzuji, že jsem obdržel příslušné informace a že tyto výše uvedené informace byly v přiměřeném rozsahu a formě též poskytnuty pacientovi.

Ve Frýdku-Místku dne: **27.6.2016 07:02**

PROVEDENÍ OPERACE - LAPAROSKOPICKÁ FUNDOPLIKACE

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

C.chorobopisu:

podpis pacienta / zákonného zástupce

podpis lékaře

Podpis svědka poučení a souhlasu pacienta/zákonného zástupce, pokud pacient/zákonný zástupce není schopen se vlastnoručně podepsat:

Důvod, pro nějž pacient/zákonný zástupce není schopen se podepsat:

Způsob, jak pacient/zákonný zástupce projevil svou vůli:

Jméno, příjmení, podpis svědka: ---

podpis svědka (svědků)

pouze vzor, nevyplňujte!