

EXCIZE, EXSTIRPACE - CHIRURGICKÉ VYNĚTÍ, VYŘÍZNUTÍ

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**

Učel, povaha a důsledky výkonu:

Excize nebo exstirpace jsou chirurgické výkony sloužící k odstranění kožních nebo podkožních útvarů za účelem léčebným, diagnostickým či kosmetickým.

Příprava k výkonu:

Před zákrokem je provedena příprava operačního pole, která většinou spočívá v oholení a dezinfekci. V případě svodného nebo celkového znecitlivění budete o tomto poučení na anestezilogické ambulanci, kde budete před výkonem vyšetřeni anesteziologem.

Pokud užíváte léky ovlivňující krevní srážlivost (léky na „řešení krve“), jako Warfarin, Lawarin, Anopyrin, Aspirin, Godasal, Ticlid, Tagren aj., informujte o tom předem ošetřujícího lékaře.

Provedení výkonu:

Jedná se o výkon, který se provádí v místním, svodném, nebo celkovém znecitlivění a to dle umístění a rozsahu postižené tkáně. V případě nejasnosti ohledně charakteru odstraňovaného útvaru je řez veden tak, aby byla jistota, že je odstraněna veškerá postižená tkáň a zachován tzv. lem zdravé tkáně.

V případě místního znecitlivění Vám bude aplikován místně znecitlivující lék a jeho dávka se bude řídit ve spolupráci s Vámi. Rána je uzavřena několika stehy - přímou suturou (sešitím kožních okrajů), v případě vzniklého kožního defektu, který takto nelze bezpečně uzavřít se využívá tzv. lalokového přesunu kůže, který se vytvoří pomocnými nářezy ve zdravé okolní kůži. Vzácně se defekt musí překrýt autotransplantací kůže (plastický výkon v celkové anestezii). Vzorek odebrané tkáně je poslán k vyšetření patologem.

Doporučený režim po výkonu:

Po výkonu v místním znecitlivění setrvávají pacienti 15 minut až 1 hodinu pod dohledem zdravotnického personálu, poté odchází domů a dle doporučení lékaře se dostaví ke kontrolnímu vyšetření na ambulanci.

Zákroky, které vyžadují celkovou či svodnou anestézii, se provádějí na operačním sále. Po výkonu budete převezen (a) na standardní oddělení, doba pobytu v nemocnici je dle rozsahu výkonu a stavu pacienta několik dnů. Ke kontrolnímu vyšetření budete pozván(a) na chirurgickou ambulanci.

Pracovní neschopnost je závislá na rozsahu a charakteru výkonu.

Možné komplikace a rizika:

I při správném postupu v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy (lege artis) mohou vzniknout v souvislosti s provedeným zákrokem některé komplikace.

Stejně jako při každém operačním zákroku může dojít ke krvácení během operace; riziko rozsáhlejšího krvácení při této operaci je zanedbatelné. Příležitostně se může v operační ráně vytvořit větší hematoma (krevní výron), který vyžaduje další ošetření - většinou otevření rány a vypuštění hematoma. I přes dodržení všech preventivních opatření nelze zcela vyloučit infekci operační rány, která může vést k hnisání, tvorbě abscesů a píštělí v jizvě až k rozpadu rány s nutností pravidelných (často dlouhodobých) převazů. V některých případech může být problémem prodloužené

EXCIZE, EXSTIRPACE - CHIRURGICKÉ VYNĚTÍ, VYŘÍZNUTÍ

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

C.chorobopisu:

hojení operační rány. V případě kožních přenosů (lalok, autotransplantát) může dojít k jejich nepříhojení z důvodu špatného prokrvení, infekce, napětí v oblasti rány apod. I přes dodržení správné operační techniky nelze zcela vyloučit neúmyslné poškození nervových vláken s následným vznikem poruchy citivosti v dané oblasti. V případě odstranění zhoubné nádorové tkáně nelze zcela vyloučit místní recidivu (návrát onemocnění) v jizvě a jejím okolí. Někteří jedinci mají sklony k vytváření nadměrných, tzv. keloidních jizev. V některých případech se také může nově objevit alergie na anestetikum (znedcitlivující lék) nebo na dezinfekci.

Možné alternativy léčby:

Alternativou je i výkon neprovést - ponechaná změněná tkáň pak bude nadále působit potíže, vadit kosmeticky, pokud by se jednalo o zhoubný nádor, pak může dojít k dalšímu rozšíření a postižení dalších orgánů. V indikovaných případech lékařská věda nezná jiné než chirurgické odstranění nalezených útvarů. Většinou se nejedná o život zachraňující výkony, tudíž jejich provedení je předem plánováno a vázáno na souhlas pacienta. V některých případech je možné odstranění útvarů pomocí laseru, popřípadě ozáření nemocné tkáně (radioterapie) a chemoterapie, které však většinou navazují na samotný chirurgický výkon. Tyto zákroky však naše zdravotnické zařízení neprovádí.

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~~

EXCIZE, EXSTIRPACE - CHIRURGICKÉ VYNĚTÍ, VYŘÍZNUTÍ

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

C.chorobopisu:

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**

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!