

## Částečné vertikální odstranění hrtanu

Poj.:

Strana 1 / 3

DG:

Č.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 paní, vážený pane,

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován. Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byl lékařem indikován operační zákrok - částečné odstranění hrtanu (Laryngectomia partialis verticalis frontolateralis).

**Co je laryngectomia partialis verticalis frontolateralis:**

Operační odstranění části hrtanu - hlasivky s přilehlou tkání na postižené straně včetně chrupavky štítné.

**Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:**

Nejčastějším důvodem k operaci je postižení hrtanu nádorem. Cílem operace je odstranění nádoru a prevence jeho dalšího šíření.

**Jaký je režim pacienta před výkonem:**

Před výkonem je nezbytné minimálně 6 hodin nejíst, nepít a nekouřit! Doba lačnění před výkonem se prodlouží na nezbytně nutnou dobu.

Před operací je podle rozsahu operačního výkonu zavedena nosem do žaludku hadička (nasogastrická sonda) určená k zajištění výživy. Pořípadě je provedeno zajištění výživy hadičkou přes břišní stěnu do žaludku (Perkutánní gastrostomie - PEG)

**Jaký je postup při provádění výkonu:**

Před zahájením samotného výkonu je provedena tracheotomie v lokálním nebo celkovém znecitlivění (zajištění dýchacích cest vyústěním průdušnice zevně na přední straně krku). Poté v celkovém znecitlivění (narkóze) operatér řezem na kůži krku proniká k hrtanu. V závislosti od místa postižení je odstraněna hlasivka s přilehlou tkání, včetně chrupavčité části hrtanu. Operace se v některých případech kombinuje s jednostranným nebo oboustranným odstraněním krčních lymfatických uzlin. Na závěr je dle rozsahu operace zaveden do rány drén na odvádění tekutiny a rána je sešita.

Operační tým si vyhrazuje právo v případě nutnosti (v závislosti na místním nálezu či celkovém stavu organismu) plánovaný výkon modifikovat (rozšířit jej, event. vůbec neprovést).

**Jaké jsou nejčastější možné komplikace:**

I při správném postupu v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy (lege artis) mohou vzniknout v souvislosti s uvažovaným zákrokem např. tyto komplikace:

- krvácení,

## Částečné vertikální odstranění hrtanu

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

- zhoršení hlasu vyplývající z odstranění hlasivky,
- prodloužení doby nutnosti zajištění dýchacích cest tracheostomií (otevření a zajištění průdušnice zevně) někdy i na několik měsíců nebo i trvale,
- infekční komplikace,
- prodloužení doby zavedení žaludeční sondy,
- pooperační zhoršení polykání a následné vdechování stravy se vznikem opakovaných zánětů plic,
- možné poškození nervu ovládajícího pohyby ramen.

Další rizika jsou spojená s přihlédnutím k individualitě pacienta a jeho celkovému zdravotnímu stavu: poruchy srdce a oběhu, plicní komplikace, poruchy hojení ran a infekční komplikace, alergické reakce

### Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Závisí na rozsahu operace a hojení. Drén se odstraňuje z rány dle hojení nejčastěji 2-3. den po operaci. Dýchací trubička se odstraňuje v optimálním případě 6-7 pooperační den, pokud není ještě plánováno ozařování. Průměrná doba hospitalizace cca 10-14 dnů. Doba rekonvalescence je asi 14-21 dnů. Je závislá na event. následné léčbě ozařováním nebo chemoterapií (číselné údaje jsou udávanou průměrnou hodnotou a mohou se lišit v závislosti na individualitě pacienta a v závislosti na vzniklých komplikacích).

### Alternativy výkonu

Primární léčba ozářením, chemoterapie.

### Rizika odmítnutí léčby

Další růst a šíření nádoru, poruchy dýchání s dušením. Poruchy polykání, malnutrice, kachexie.

### 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

Částečné vertikální odstranění hrtanu

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

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**

-----  
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)