

## Odstranění podčelistní žlázy

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 byla lékařem indikována operace: exstirpace podčelistní žlázy.

**Co je exstirpace podčelistní žlázy:**

Operační odstranění podčelistní žlázy. Někdy je při výkonu nezbytné odstranit i podjazykovou slinnou žlázu, která je v těsné anatomické souvislosti s podčelistní žlázou.

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

Odstranění podčelistní žlázy postižené nádorem, cystou nebo chronickým zánětem mnohdy se slinnými kameny.

**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. Informujte svého ošetřujícího lékaře o všech lécích a přípravcích, které užíváte pravidelně i občas.

**Jaký je postup při provádění výkonu:**

Operace se provádí v celkové anestézii („narkóze“) v poloze na zádech z řezu na kůži krku 2-4 cm pod dolní hranou dolní čelisti v délce asi 8 cm. Následkem operace je jizva a mírné vpáčení tkání pod úhlem dolní čelisti po odstranění žlázy. Po operaci může být sníženo množství vylučovaných slin.

**Jaké jsou 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,  
nehojící se kožní rána,  
zánětlivé komplikace, vznik pooperační píštěle,  
vznik hypertrofické jizvy,  
zmenšení kožní citlivosti v operované oblasti,  
bolestivost,  
pohmoždění jedné z větví lícního nervu (přechodná porucha hybnosti ústního koutku s návratem funkce trvajícím i několik měsíců),  
přerušení čelistní větve lícního nervu (trvalá porucha hybnosti ústního koutku),  
poškození motorického nervu jazyka charakteristické omezenou pohyblivostí dané poloviny jazyka,  
poškození chuťové inervace jazyka charakterizované poruchou citlivosti předních 2/3 jazyka, změnou ve vnímání

## Odstranění podčelistní žlázy

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

chuti,

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  
V případě jakýchkoliv potíží (bolesti, krvácení, dušnost atd.) okamžitě upozorněte ošetřujícího lékaře  
!

### Jaký je režim pacienta po výkonu:

Celková doba hospitalizace se předpokládá v rozmezí 5-10 dnů. Předpokládaná doba rekonvalescence po propuštění z nemocnice činí v průměru 14-20 dnů. (Oba číselné údaje jsou udávány průměrnou hodnotou a mohou se lišit v závislosti na individualitě pacienta a v závislosti na vzniklých komplikacích).

### Alternativy výkonu

V případě zhoubného nádoru primární léčba ozářením popř. chemoterapií.

### Rizika neprovedení výkonu

Šíření zánětu, jizvení, popř. další růst nádoru, šíření nádoru metastázami.

### 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~~

**Odstranění podčelistní žlázy**

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

Č.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!