

## Odstranění podkožního nádoru

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,**

operační zákrok, který Vám (Vašemu dítěti) byl doporučen, vyžaduje Vás informovaný souhlas. Vzhledem k vývoji Vašeho onemocnění (onemocnění Vašeho dítěte) Vám navrhuje a doporučuje operaci. Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám (Vašemu dítěti) byl lékařem indikován operační zákrok - odstranění podkožního nádoru.

**Co jsou podkožní nádory:**

Podkožní nádory jsou získané nebo vrozené postižení podkožních tkání. Jedná se o cysty nebo pravé nádory (nekontrolovaný růst nádorových buněk). Může se jednat o nádor nezhoubné nebo zhoubné povahy. O povaze nádoru nelze vždy jednoznačně rozhodnout na základě klinického vyšetření. Definitivně je povaha nádoru stanovena biopsickým vyšetřením.

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

Důvodem operačního výkonu je odstranění podkožního nádoru, snaha předejít možnému dalšímu růstu nádoru a jeho prorůstání do životně důležitých struktur. Šíření nádoru v těle metastázami. V případě cyst je důvodem předejít infekčním komplikacím.

**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. Netýká se výkonů provedených v místním umrtvení. 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) nebo v místním umrtvení. Nádor je odstraněn z řezu na kůži v místě postižení. V některých případech je nutno do rány vložit drenážní hadičku. 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:

Úspěch lékařských výkonů a jejich absolutní nerizikovitost nelze nikdy zcela zajistit. Nejčastější možné komplikace jsou:

- krevní výron v ráně,
- zánět v ráně a okolí, sepse (celková otrava krve),
- špatné hojení rány, vznik keloidní (navalité, vystouplé) jizvy,
- recidiva nádoru

## Odstranění podkožního nádoru

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

- poranění okolních nervových či cévních struktur

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, dušnost, krvácení, atd.) okamžitě upozorněte ošetřujícího lékaře!

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Denně jsou prováděny převazy rány. Doba hospitalizace je cca 2-7 dní, doba rekonvalescence 7-10 dní. (Oba číselné údaje jsou udávanou průměrnou hodnotou a mohou se lišit v závislosti na individualitě pacienta a v závislosti na vzniklých komplikacích).

### Alternativy operačního výkonu

Léčba zhoubných nádorů radioterapií.

Léčba nezhoubných nádorů konzervativní, symptomatická (analgetika)

### Rizika odmítnutí operačního výkonu

Růst nádoru a jeho infiltrace do okolí, další 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

**Odstranění podkožního nádoru**

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)