

Odstranění příušní žlázy (parotidektomie)

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 - parotidektomie.

Co je parotidektomie:

Odstranění části nebo celé příušní žlázy.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Důvodem operace je postižení příušní žlázy nebo její části zánětem či nádorem. Možná již předcházelo také rentgenové či jiné zobrazovací vyšetření žlázy, vyšetření cytologické punkcí (nabodnutím) žlázy tenkou jehlou nebo vyšetření histologické z probatorní excize (odebráním vzorku tkáně žlázy). Čím dříve bude postižená žláza či její část odstraněna, histologicky vyšetřena a bude určen druh a rozsah onemocnění, tím je větší naděje na úspěšnou léčbu.

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 na operačním sále v poloze na zádech. Řez kůží je veden těsně před boltcem nebo po hraně chrupavky z uškovodu, kolem ušního lalůčku se stáčí dozadu, a pak pokračuje obloučkem dopředu po straně krku. Příušní žláza probíhá lícni nerv, který inervuje mimické svaly obličeje. Operatér vždy usiluje o to, aby byl operační výkon maximálně radikální, tzn., aby odstranil všechny chorobné změny, ale natolik šetrný, aby funkce nervu nebyla poškozena. V některých případech, kdy je chorobný proces velmi rozsáhlý, se operatér rozhoduje podle aktuální situace a může změnit provedení a rozsah operačního výkonu včetně odstranění lícniho nervu. Podle rozsahu operačního výkonu a podle zachování lícniho nervu hovoříme o:

parciální superficiální konservativní parotidektomii (je odstraněn pouze povrchový lalok žlázy, lícni nerv je zachován),

totální konservativní parotidektomii (odstraněna je celá příušní žláza, nerv je zachován),

totální radikální parotidektomii (je odstraněna celá žláza i nerv).

Operatér se může podle aktuální situace rozhodnout a změnit provedení a rozsah operačního výkonu. Materiál odebraný během operace se vždy odesílá k histologickému vyšetření.

Operační tým si vyhrazuje právo v případě nutnosti (v závislosti na místním nálezu či celkovém stavu organismu)

Odstranění příušní žlázy (parotidektomie)

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

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 časná (do 24 hodin po výkonu), krvácení pozdní (do 10-14 dnů po operaci),
přechodné postižení funkce lícního nervu - vzhledem k citlivosti nervu dochází někdy i při maximálně šetrném přístupu k přechodnému oslabení funkce - ochabnutí mimických svalů, poklesu koutku úst, nemožnosti dovření očního víčka - pod vedením rehabilitačního pracovníka lze tento stav upravit většinou do několika měsíců,
trvalá porucha funkce lícního nervu - v některých případech i při zachování nervu dochází k jeho trvalému poškození a trvalému ochrnutí mimických svalů poloviny tváře,
sucho v ústech,
zánět, sepse (celková otrava krve),
špatné hojení rány, vznik keloidní (navalité, vystouplé) jizvy,
recidiva patologického procesu,

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 7-10 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).

1 Alternativy výkonu

Konzervativní terapie chronického zánětu antibiotiky a symptomatickou léčbou.
Terapie nádorového onemocnění ozařováním či chemoterapií.

2 Rizika alternativního postupu

Šíření zánětu, jizvení, další růst nádoru, metastázy nádoru, obrna lícního nervu.

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,

Odstranění příušní žlázy (parotidektomie)

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

- 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**

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)