

## Odstranění vrozené krční cysty a píštěle

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 doporučujeme operaci. Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám (Vašemu dítěti) byl lékařem indikován operační zákrok - odstranění krční cysty a píštěle.

**Co je krční cysta a píštěl:**

Krční cysty či píštěle jsou typické vývojové anomálie. Píštěle jsou kanálky ústící zevně na kůži (mohou mít i vnitřní ústí v hltanu), ze kterých může vytékat tekutina. Vyskytují se ve střední části krku (mediální) nebo po straně krku (laterální). Cysty bývají hmatné jako měkká vyklenutí. Jedná se o kulovité útvary vyplněné tekutinou.

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

Důvodem odstranění cysty či píštěle je snaha předejít možné infekci zadržovaného obsahu, bolestivost z útlaku okolních tkání, možnost nádorového bujení.

**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 na krku horizontálně na přední nebo na straně vyklenutí či ústí píštěle. V některých případech je nutné udělat řezy dva nad sebou. Je nutné odstranit cystu i s její výstelkou, píštěl pak s oběma ústími z důvodu prevence recidivy. Pokud je vnitřní ústí píštěle v oblasti patrové (krční) mandle, bude také odstraněna. V případě mediální (střední) krční cysty, která souvisí s jazyčkou (krční kostí), odstraňuje operatér částečně i tuto kost. Dle operačního nálezu může být do rány na závěr operace vložen drén, který se ponechává 2-3 dny. 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) 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:

## Odstranění vrozené krční cysty a píštěle

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

- krvácení časně (do 24 hodin po výkonu), krvácení pozdní (do 10-14 dnů po operaci),
- zánět, sepse (celková otrava krve),
- špatné hojení rány, vznik keloidní (navalité, vystouplé) jizvy,
- postižení nervů probíhajících operovanou oblastí - nervus accesorius (ovládá hybnost ramene a lopatky), nervus hypoglossus (ovládá hybnost jazyka), ramus marginalis nervi facialis (ovládá mimické svaly obličeje), zmenšení citlivosti v operované oblasti, bolestivost.
- recidiva cysty, píštěle

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!  
!

### Alternativy operačního výkonu

Nejsou

### Rizika odmítnutí operačního výkonu

Zvětšení cysty, útlak okolních struktur. Zánětlivé komplikace se šířením zánětu do okolních tkání (absces, flegmóna) a další šíření zánětu do celého těla - sepse.

### 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 prosedch, 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 po daných informacích 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 vrozené krční cisty a píštěle

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)