



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): LAPAROSKOPICKÁ GASTROPLIKACE	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Podstatou laparoskopické gastroplikace je chirurgické zmenšení žaludku, dosažené prošíáním a zanořením stěny velkého zakřivení dovnitř žaludku. Tím dojde k významnému omezení kapacity žaludku. Pacienti po tomto typu zákroku redukují svoji nadměrnou hmotnost tím, že vzhledem k omezenému (zmenšenému) objemu žaludku mohou jíst jen mnohem menší porce jídla. Snížení hmotnosti po gastroplikaci jsou v závislosti na pooperační spolupráci pacienta výrazné, průměrně pacienti redukují kolem 20-40 kg za první rok, a v dalších letech jsou díky tomuto zákroku schopni své váhové úbytky udržet. <u>Možné komplikace:</u> Možné komplikace celkového znecitlivění - informace poskytne lékař anesteziolog. Při vlastní operaci může dojít ke krvácení z cév ze stěny břišní při poranění trokarem (bodcem), dále krvácení v dutině břišní při preparaci (přípravě) přírodních cév zásobujících žaludek, poranění velkých cév jako aorty nebo dolní duté žíly, poranění části trávicí trubice, poranění močovodu, močového měchýře, poranění jater, žlučových cest nebo sleziny. Tyto komplikace jsou zpravidla během výkonu okamžitě rozpoznány a operátorem příslušně ošetřeny, bez možných trvalých následků pro pacienta. V případě včas nerozpoznaných komplikací v průběhu operace by mohlo dojít k rozvoji zánětu pobřišnice, masivnímu krvácení do dutiny břišní, poškození žlučových cest, močových cest, a následně vzniku trvalých následků. Z pooperačních břišních komplikací je nutno uvést jako nejzávažnější proděravění žaludku nebo netěsnost sešití žaludku, které mohou vést k unikání žaludečního obsahu do dutiny břišní a rozvoji zánětu pobřišnice a celkové otravy organismu (sepsy). Dále se mohou vyskytnout ohraničená ložiska infekce v dutině břišní, obsahující hnis (abscesy). Tyto komplikace je zpravidla nutné řešit další operací, některé eventuálně drenáží (zavedením trubičky) pod CT kontrolou (počítačový tomograf), závislé na rozsahu a lokalizaci, většinou u malých, ohraničených, dobře přes kůži dostupných ložisek. Všechny tyto komplikace mohou v krajním případě vést až ke smrti pacienta. Dalšími komplikacemi mohou být komplikace v operační ráně, vytvoření ložiska krevního výronu, hnisání v ráně, rozpad rány celkový či částečný s nutností operačního znovu uzavření rány. S odstupem měsíců až let může dojít k vytvoření kýly v jizvě. Rány se mohou zhojit esteticky nepěknou hypertrofickou nebo keloidní jizvou. Ke zhojení rány jsou individuální predispozice (předpoklady), výsledný efekt jizvy se dá ovlivnit pooperační rehabilitací a péčí o jizvu. U některých pacientů po laparoskopicky provedeném operačním výkonu se mohou přechodně objevit v prvních hodinách po operaci bolesti v ramenou, které jsou způsobeny drážděním bránice zbytkem kyslíčnicku uhlíčitého v dutině břišní. Tyto bolesti zpravidla nesvědčí pro komplikaci a většinou během několika hodin po vstřebání zbytku plynu z dutiny břišní zcela samovolně odezní.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Operační výkon pro morbidní obezitu III. stupně, při BMI (body mass index) nad 50 pro tzv. superobezitu, je vždy stanoven na indikačním semináři týmem specialistů (obezitolog, dietolog,	



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:**r. č.:**

psycholog, gastroenterolog, chirurg), a je pro daný typ obezity a určitého pacienta shledán jako nejvhodnější. Existuje sice celé spektrum výkonů (od nejjednodušších bandáží žaludku po složitější operace), které se liší svou účinností na hubnutí, ale pro daného pacienta nejsou vhodné a proto ani alternativní.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Den před operací dostane pacient k jídlu naposledy lehkou večeři. Večer dostane lék na spaní. Od půlnoci pacient nesmí již pít ani kouřit, dostatek tekutin k udržení stabilních hladin cukru v krvi je u diabetiků a rizikových pacientů zajištěn infúzemí. Ráno je pacient transportován na tzv. dospávací pokoj, kde probíhá bezprostřední příprava k operaci (holení, zajištění žilního vstupu, zavedení žaludeční sondy, močové cévky apod.). Následuje transport na operační sál, kde po nezbytné přípravě dojde k uvedení pacienta do celkového znecitlivění (narkózy).

Chirurgická část výkonu spočívá v dezinfekci a zarouškování břišní krajiny převážně nadbříšku.

Operaci téměř vždy provádíme miniinvazivním přístupem, laparoskopicky. Po naplnění dutiny břišní oxidem uhličitým jsou cestou obvykle čtyř až pěti vpichů pomocí trokarů velikosti 5-10 mm (dle šíře použitého trokaru) přes břišní stěnu zavedeny do dutiny břišní kamera se zdrojem světla a pracovní nástroje. Pokud je to nutné při komplikovaném nálezu v dutině břišní (špatná dostupnost díky velkému ztučnělému levému laloku jater překrývající žaludek, nepřehlednost díky velkému množství tuku v břišní dutině, srůsty po předchozích operacích, po zánětech, krvácení v dutině břišní, probíhající zánět, nepříznivé a nepřehledné anatomické uložení) a v rámci maximální bezpečnosti operačního výkonu, lze v průběhu operace ukončit laparoskopický výkon a pokračovat cestou chirurgického řezu na stěně břišní, klasickým otevřeným operačním výkonem.

Chirurgický řez je potom veden ve střední čáře v nadbříšku, eventuálně je možné kvůli špatné přístupnosti do dutiny břišní protažení řezu až pod pupek do podbříšku. Po vytvoření gastroplicace je na konci výkonu zaveden drén (hadička) do dutiny břišní, který je vyvedený přes stěnu břišní v podžebří, a ponechán dle odvodu obvykle do 1.-3. pooperačního dne. Nakonec je vypuštěn plyn z břišní dutiny, vstupy odstraněny a rány takto vzniklé uzavřeny stehy.

Po operaci je pacient transportován na jednotku intenzivní péče, kde je zajištěna příslušná pooperační péče. První pooperační den vždy provádíme kontrolní rentgenové vyšetření žaludku, po polknutí malého množství kontrastní látky ověřujeme velikost nového žaludku, průchodnost kontrastní látky žaludkem a nezatékání obsahu žaludku mimo.

S tímto vyšetřením se pojí zátěž dávkou rentgenového (ionizujícího) záření, která představuje pouze minimální riziko v porovnání s přínosem diagnostické informace z provedeného vyšetření. Postupy vyšetření jsou nastaveny tak, aby dávka ionizujícího záření byla při dosažení dostatečné diagnostické výtěžnosti co možná nejnížší. Radiační zátěž z vyšetření se tak pohybuje jen v oblasti velmi nízkých dávek.

Těhotenství je relativní kontraindikací provedení výkonu, a proto je nutné o případném těhotenství informovat lékaře poskytujícího toto poučení.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Po výše uvedené operaci je doba rekonvalescence závislá na skutečnosti, zda se jednalo o laparoskopický výkon (zhojení tkání lze předpokládat přibližně do 1 měsíce po operaci), nebo o výkon



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:**r. č.:**

z klasického řezu stěnou břišní (zhojení tkání lze přepokládat nejdříve za 6-8 týdnů po operaci). Po uplynutí 4-8 týdnů, pokud se nevyskytnou výše zmíněné komplikace, je možný návrat pacienta k předoperačním aktivitám (zaměstnání, sport, apod.). Dietní a režimová opatření by měli pacienti dodržovat doživotně.

Další potřebná léčba:

Po provedené operaci je nutné zpravidla několik dní podávat pacientovi tekutiny a výživu cestou nitrožilní, strava je omezena na čajovou dietu s postupným příjmem potravy.

Fyzická aktivita je zpočátku omezena na klid na lůžku, posléze dle stavu pacienta a za pomoci fyzioterapeutů následuje postupný návrat k běžné pohybové aktivitě. V pooperačním období se může vyskytnout (mimo výše uvedené plánované rentgenové vyšetření žaludku) potřeba dalšího kontrolního vyšetření pomocí zobrazovacích metod, ultrazvukové vyšetření, CT (výpočetní tomografie), rentgenové vyšetření, mnohdy s použitím kontrastních látek, většinou na bázi jodu (v případě alergie na jod se kontrastní látky nemohou podat a informace o alergii jsou pro ošetřujícího lékaře vrcholně důležité!).

Nezbytnou součástí pooperační péče jsou převazy operační rány. Četnost se řídí stavem pacienta, stavem rány a uvážením ošetřujícího lékaře, péče o drény, sondy, cévky. Je-li to nutné, pokračujeme v převazech operační rány i po propuštění pacienta do domácího ošetřování.

Doživotně je doporučena další léčba a sledování pacienta v obezitologické poradně, dodržování dietních a režimových opatření, fyzická aktivita, eventuálně dle individuálního posouzení a laboratorních výsledků užívání vitaminových a minerálních doplňků.

Poznámka:

Ženy v reprodukčním věku svým níže uvedeným podpisem vylučují graviditu.

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý/á nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vespělý/á:

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

V Praze dne

.....
podpis pacienta / zákonného zástupce

.....
jméno, příjmení a podpis lékaře

.....
podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností



VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

Formulář | IS-1CHK-009 | strana 4 z 4

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	r. č.:
Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat: Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen/a se podepsat: Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil/a svou vůli: jméno, příjmení a podpis svědka	