



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): LAPAROSKOPICKÉ ODSTRANĚNÍ NADLEDVINY ☐ PRAVÉ ☐ LEVÉ	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Cílem operačního odstranění nadledviny je snížení hormonální nadprodukce a odstranění nežádoucích příznaků a onemocnění s touto nadprodukcí spojených. V případě, že je přítomno pouze postupné zvětšování nadledviny a současně není hormonální aktivita nadledviny zvýšena, je tato operace prováděna právě z důvodu zvětšování velikosti nadledviny, aby v budoucnosti nedošlo k enormnímu zvětšení nadledviny vyžadující již operaci otevřeným přístupem a rovněž k zabránění eventuálnímu zvratu původně nezhoubné aktivity růstu nadledviny na zhoubné onemocnění. Předpokladem úspěchu operace je minimálně snížení, v ideálním případě vysazení stávajících léků a snížení či úplné vymizení subjektivně pocítovaných obtíží způsobených onemocněním nadledviny. Funkci odstraněné nadledviny zastoupí plně nadledvina zbývající. <u>Rizika operačního výkonu:</u> - riziko poranění orgánů v dutině břišní, - riziko krvácení v dutině břišní, - riziko změny laparoskopického výkonu na otevřenou operaci, - riziko vniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny s nutností zavedení odsávací hadičky do hrudníku, - riziko vzniku infekce v dutině břišní nebo v operačních ranách, - riziko dočasného oslabení funkce střevní činnosti, - riziko močové infekce, - riziko vzniku kýly v jizvě po operaci, - riziko snížení kožní citlivosti v oblasti operačních ran, - riziko pooperační plicní či končetinové embolie či trombózy.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: - pokračování v léčbě léky, - operační odstranění otevřenou cestou.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: V případě indikace k odstranění nadledviny je v současné době preferovaným výkonem laparoskopický přístup. Operace se provádí v celkové narkóze pomocí laparoskopických nástrojů. Viditelným výsledkem operace je několik (4-6) kožních ranek o průměru 5-12 mm. V případě velké nadledviny je nutno operační ranku dostatečně rozšířit na průměr odstraňované nadledviny.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: První den po operaci je možný příjem tekutin ústy, přechod na normální dietu je v průběhu 3-4 dnů, po obnovení normální funkce trávicího traktu (viz rizika operačního výkonu). Od 1. pooperačního dne je možná chůze, zpočátku s fyzioterapeutem.	



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	r. č.:						
Zavedený drén (trubička) v dutině břišní se za standardních podmínek odstraňuje 1. nebo 2. pooperační den. Odstranění kožních stehů je prováděno ambulantně 7.-10. pooperační den. Předpokládaná doba pracovní neschopnosti po tomto typu operace závisí na fyzické obtížnosti Vaší práce, standardní doba je 2-3 týdny. Doporučujeme vyloučení zvedání těžkých břemen 2-3 měsíce od operačního výkonu.							
Další potřebná léčba: Předpokládaná doba hospitalizace na našem pracovišti je průměrně 3-4 dny s následným překladem na III. interní kliniku VFN, kde strávíte opět cca 3-4 dny z důvodů laboratorní kontroly efektu operace.							
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 vyspělý/á: Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a v rozsahu, který je uveden výše. Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí: V Praze dne <table><tr><td>.....</td><td>.....</td></tr><tr><td>podpis pacienta / zákonného zástupce</td><td>jméno, příjmení a podpis lékaře</td></tr></table> <table><tr><td>.....</td></tr><tr><td>podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností</td></tr></table>				podpis pacienta / zákonného zástupce	jméno, příjmení a podpis lékaře		podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností
.....							
podpis pacienta / zákonného zástupce	jméno, příjmení a podpis lékaře						
.....							
podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností							
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: <table><tr><td>.....</td></tr><tr><td>jméno, příjmení a podpis svědka</td></tr></table>			jméno, příjmení a podpis svědka				
.....							
jméno, příjmení a podpis svědka							