



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):	
☐ ÚPLNÉ ODSTRANĚNÍ ŽILNÍCH MĚSTKŮ V OBLASTI ZEVNÍCH PLETENÍ A VNITŘNÍCH HEMOROIDÁLNÍCH PLETENÍ (OPERACE PODLE MILLIGANA A MORGANA)	
☐ ODSTRANĚNÍ PRSTENCE SLIZNICE NAD ZÓNOU VNITŘNÍCH HEMOROIDŮ, JEJICH VYTAŽENÍ SMĚREM NAHORU A ZPRAVIDLA PŘERUŠENÍ PŘÍVODNÝCH CÉV (OPERACE POMOCÍ LONGO METODY)	
☐ UZAVŘENÍ PŘÍVODNÉ CÉVY K HEMOROIDU POMOCÍ JEJÍ IDENTIFIKACE ULTRAZVUKOVOU SONDOU A NÁSLEDNÝ JEJÍ OPICH STEHEM (OPERACE POMOCÍ HAL-RAR METODY)	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:	
Účelem výkonu je odstranění hemoroidálních uzlů a komplikací s nimi spojených (svědění a pálení konečníku, krev na stolici i mimo ni, bolestivé pocity a pocity nedokonalého vyprázdnění konečníku).	
<u>Rizika operačního výkonu</u> lze rozdělit na místní a celkové:	
- Místní: poranění řitního svěrače, krvácení z operační rány, trombóza žíly v krajině konečníku a pánve, bolesti v krajině konečníku, může dojít k poruše kontinence stolice, schopnosti udržet stolici. - Celkové: rizika spojená s anestézií (informace Vám podá odborný lékař anesteziolog), dále pak pooperační komplikace v oblasti dechového ústrojí (infekce, nevzdušnost plicní tkáně, plicní embolie - uvolnění krevní sraženiny do krevního oběhu, vdechnutí žaludečního obsahu, otok plíce), srdečněcévního ústrojí (srdeční infarkt, poruchy srdečního rytmu, srdeční selhání, trombóza žil dolních končetin a pánve, vzduchová a tuková embolie), vylučovacího ústrojí (močová retence - nemožnost se vymočit, zánět močových cest, ledvinné selhání), trávicího ústrojí (pooperační porucha činnosti žaludku a střev, vřed žaludku a dvanácterníku, zánět příušní žlázy), poruchy nervové a duševní (zmatenost, deprese, akutní demence).	
Všechny výše uvedené komplikace, jak místní, tak celkové, mohou ve svém důsledku vést k rozvoji selhání srdečního, dechového, močového systému, jaterních funkcí, schopnosti srážení krve a ke smrti pacienta.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:	
Alternativy operačního výkonu je léčba pomocí léků zpravidla v této fázi onemocnění není účinná, některé vnitřní hemoroidální uzly lze ošetřit opakovanou aplikací elastické ligatury (Barronova metoda), či opakovanou místní aplikací chladu (kryoterapie), nebo pomocí laseru (fototerapie), či pomocí injekční aplikace sklerotizačního roztoku.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto:	
Operace v celkovém znecitlivění v poloze na zádech, odstranění hemoroidů (použití stapleru - sešíváčky) opich přívodné hemoroidální cévy. Některé menší hemoroidální uzly je možné ošetřit pomocí propichového stehu.	
Druhý pooperační den se odstraní substance stavící eventuálně přítomná drobná krvácení.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:	
Běžná doba hospitalizace včetně dne přijetí trvá cca 4 dny, zpravidla nepřesahuje jeden týden, celková doba léčení se pohybuje mezi 4-6 týdny při operaci dle Milligana a Morgana, při Longově metodě a HAL-RAR doba pracovní neschopnosti zpravidla nepřekračuje 1-2 týdny. Variace délky hojení jsou způsobené	



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	r. č.:
individuální schopností se hojit a pokročilostí operovaného nálezu.	
Další potřebná léčba: Po dobu léčby je nutná pečlivá hygiena konečníku (sprchování, sedací koupele) opakovaně přes den a vždy po odchodu stolice. Je vhodná úprava stravy (nedráždivá nekořeněná jídla, abstinence od lihovin). Je vhodné vyvarovat se větší fyzické zátěže.	
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, uvede se důvod jejich neposkytnutí: V Praze dne 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: jméno, příjmení a podpis svědka	