

**INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): OPERACE PILONIDÁLNÍHO SINU (KOSTRČNÍ CYSTY, PÍŠTĚLE)	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem výkonu je radikální (úplné) odstranění píštěle spolu se všemi jejími výběžky (choboty) k zabránění opětných zánětů v tomto místě. Výkon je obvykle proveden v celkové anestezii neboli v celkovém vyřazení vědomí a vnímání bolesti, viz poučení anesteziologa (lékař, který celkovou anestezii navozuje a řídí). <u>Komplikacemi výkonu</u> mohou být například krvácení a vznik hematomu (krevního výronu) v ráně, který se může následně zanítit a dál vzniku abscesu v ráně (ohraňované nahromadění hnisavé tekutiny), což může při nepříznivém průběhu zapříčinit vznik celkové zánětlivé reakce organismu až úmrtí pacienta. V případě, hromadí-li se v ráně pouze čirá tekutina, která sama z rány vytéká, nebo je jí nutno vypustit částečným rozpouštěním rány, hovoříme o seromu (tekutina produkovaná okolními tkáněmi či vzniklá odbarvením krevního výronu v ráně). Komplikacemi mohou být též alergie na dezinfekční látku (látko ničící choroboplodné zárodky) či šicí materiál. Jako alergii označujeme nepřiměřenou reakci, která může mít projevy místní (vyrážka, svědění), ale celkové, vážné, které v krajním případě mohou vyústit v různé stupně dušení, bezvědomí a při nepříznivém průběhu ohrozit i život pacienta.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Řešení pouze akutního zánětu píštěle jejím rozříznutím, vypuštěním hnisavé tekutiny a opakované převazy.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Po úvodu do celkové anestezie (viz poučení anesteziologa) je pacient otočen na břicho. Následně proběhne označení píštěle a všech jejích chobotů methylenovou modří a její postupné vyoperování. Proveďte se kontrola krvácení podvazem cév, elektrokoagulací (uzavření cévy pomocí drobného elektrického výboje) či kompresí (tlakem na krvácející cévu). Poté se sešijí okraje rány buď přímým stehem, nebo vytvořením kožního laloku. Eventuálně se rána ponechává nesešitá k postupnému vyhojení od její spodiny.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Klidový režim vhodný k podpoře hojení operační rány, délka závislá na rozsahu operačního výkonu a velikosti rány, obvykle trvá 1-4 týdny. Nutnost hygienického vedení rány, pravidelné převazy, sprchování, udržení rány čisté, bez zapáčky.	
Další potřebná léčba: Obvykle žádná.	
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	



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	r. č.:
--------------------------	---------------

odpověď. 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