**VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE**
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111



# INFORMOVANÝ SOUHLAS

| | |
|---|---|
| **Jméno a příjmení:** | **r. č.:** |
| Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení): | |

**Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):**

**OPERAČNÍ ODSTRANĚNÍ MEDIÁLNÍ KRČNÍ CYSTY (PÍŠTĚLE)**

**Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:**

Během embryonálního vývoje sestupuje štítná žláza do své obvyklé pozice z jazyka přes střední část krku kanálem, který se za normální okolností při vývoji uzavírá. Odchylkou ve vývoji může vzniknout v průběhu kanálu cystický (= útvar s dutinou) útvar (mediální krční cysta) nebo přetrvává celý kanál a ústí zevně na krku (mediální krční píštěl). Cysta se projevuje jako zduření nejčastěji v místě nad hrtanem při jazylce. Přestupem infekce může dojít ke zduření cysty s velkou zánětlivou reakcí v okolí. Tento stav se léčí antibiotiky.

Cílem operace je úplné odstranění cysty nebo píštěle a tím odstranění obtíží a možných komplikací, které vznikají při přítomnosti cysty nebo píštěle na krku.

Možná rizika:

Komplikací operace může být infekce a zánět v ráně, zvláště při předcházejícím zánětu v cystě nebo píštěli. Léčí se převazy a podáváním antibiotik. Krvácení z rány je vzácné, může si vyžádat další operaci a prodlouží se hojení. Vzácně může dojít k otoku hrtanu a ztížení dýchání. Tento stav se dá většinou zvládnout konzervativně, aplikací léků odstraňujících otok. Velmi vzácnou komplikací je dočasné nebo trvalé zhoršení funkce podjazykového nervu, který ovlivňuje hybnost jazyka. Závažný je tento stav v případě oboustranného trvalého postižení. Někdy z různých příčin může vzniknout nápadnější jizva. Tu je možno řešit plastickou operací nebo laserem.

**Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:**

Odstranění mediální krční cysty nebo píštěle je možné pouze chirurgicky, operací.

**Zdravotní výkon bude probíhat takto:**

Výkon se provádí zpravidla v celkové anestézii. Nad místem zduření se vede kožní řez a po proniknutí podkožím a svaly je šetrně odstraněna cysta (nebo píštěl), ve většině případů i se střední částí jazylky. Jazylkou prochází v embryonálním vývoji popsaný kanál a odstranění této části jazylky je prevencí opětovného vzniku cysty nebo píštěle.

K odstranění píštěle, která vede až ke kořeni jazyka, může být zapotřebí k získání dostatečného přístupu dvou krčních řezů, jeden v místě zevního ústí píštěle a druhý výše ve středu na krku. Po odstranění cysty nebo píštěle se provede výplach desinfekčním roztokem a zavede dočasná drenáž (zavedení hadičky do rány) k odvádění tekutin z rány.

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

Hospitalizace trvá obvykle 4-5 dní. Po operaci se často vyskytuje pocit cizího tělesa nebo bolestivost v krku, zejména při polykání a bolestivost v místě operační rány. Bolesti jsou tlumeny analgetiky. Může se vyskytnout zvýšená teplota nebo horečka, dále otok měkkých tkání krku přetrvávající obvykle několik dní. Ustoupí samovolně nebo po léčbě. Drén se v ráně ponechává dva i více dnů. Stehy se odstraňují 7-10. den. Pracovní neschopnosti je obvykle 2 týdny.

Změnu zdravotní způsobilosti nepředpokládáme.

**VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE**
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111



# INFORMOVANÝ SOUHLAS

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

**Další potřebná léčba:**

Klidový režim, prevence vniknutí vody a nečistot na ránu. Je nutné užívat léky ordinované či doporučené lékařem, dodržovat termíny kontrol a převazů určených lékařem. První týdny po operaci je vhodné jizvu chránit před účinkem slunečního záření, aby nedošlo k její pigmentaci.

**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