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): **ODSTRANĚNÍ SLINNÉHO KAMENE (SIALOLITHU) PODČELISTNÍ NEBO PODJAZYKOVÉ SLINNÉ ŽLÁZY** ☐ **VPRAVO** ☐ **VLEVO** ☐ **OBOUSTRANNĚ**
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem výkonu je odstranění kamene, který je ve vývodu podčelistní žlázy nebo v podjazykové slinné žláze. Předpokládaným prospěchem je zamezení dalším zánětům slinné žlázy, otokům v oblasti slinné žlázy. Rizika výkonu jsou následující: Následkem odstranění kamene může být nezhojení tkání v místě operační rány. Slina pak nevytéká z původního vývodu slinné žlázy, ale z místa chirurgického přístupu. Tento stav se nazývá slinná píštěl a v ústech nemá pro pacienta významnější důsledky. Riziky operace může být vznik slinné píštěle v místě operační rány, operační či pooperační krvácení, zánětlivé komplikace v oblasti rány nebo poškození okolních nervů a cév (jazykový nerv: dočasně či tvale trvale porušená citlivost jedné poloviny jazyka), nutnost podvazu velkých krčních cév (společné krkavice nebo krční žíly) při nezastavitelném krvácení.
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Výkon nemá alternativu, slinný kámen lze ponechat na svém místě s rizikem opakování již proběhlých nebo vzniku nových obtíží (otok na krku, zánět ve slinné žláze).
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Odstranění se provádí z řezu v ústech. Po proniknutí do oblasti, kde je slinný kámen přítomen, se tento odstraní vcelku nebo po částech. Rána se buď ponechá ke spontánnímu zhojení nebo se sešije vstřebatelným či nevstřebatelným chirurgickým šicím materiálem.
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Po výkonu je pacientovi doporučován fyzický klid, studené obklady, užívání léků proti bolesti či jiných léků ordinovaných nebo doporučených lékařem. Bolest může být přítomna několik dní po operaci. Změna zdravotní způsobilosti po tomto ošetření se nepředpokládá.
Další potřebná léčba: Pravidelné kontroly v dohodnutých termínech do stabilizace celkového stavu.
Poznámka:

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.

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.:**

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