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 CELÉ PŘÍUŠNÍ SLINNÉ ŽLÁZY VČETNĚ LÍCNÍHO NERVU

☐ **VPRAVO**
☐ **VLEVO**
☐ **OBOUSTRANNĚ**

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

Účelem tohoto zdravotního výkonu je celkové odstranění příušní slinné žlázy z důvodu jejího postižení zhoubným nádorem.

Předpokládaným prospěchem je chirurgické odstranění nádorem napadené příušní slinné žlázy jako součást komplexní léčby zhoubného nádorového onemocnění.

Rizika výkonu jsou následující:

Krvácení, trvalá porucha hybnosti tváře, zánětlivé komplikace, vznik slinné píštěle, vznik zbytnělé jizvy, zmenšení citlivosti v operované oblasti, bolestivost.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Protinádorové ozáření (radioterapie) nebo podání léků (chemoterapie), eventuálně spojení obou léčebných variant (radio-chemoterapie), které však samy o sobě nemají tak dobrý léčebný efekt a jsou nezbytné jako doplnění chirurgického výkonu v rámci komplexní protinádorové léčby, pokud nebude jeden z výše uvedených léčebných postupů navržen onkologem a onkologickým týmem jako samostatný.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Odstranění se provádí z kožního řezu vedeného v oblasti před uchem, ušním boltcem a pod ním směrem pod úhel dolní čelisti. Po proniknutí k příušní slinné žláze je tato celkově odstraněna. Odstranění celé žlázy, tedy jejího povrchového i hlubokého listu se provádí bez šetření větví lícního nervu vzhledem k povaze patologického procesu, zjištěného v průběhu provedených vyšetření.

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

Následkem operace je jizva a vpáčení tkání před a pod boltcem po odstranění žlázy. Po operaci může být sníženo množství vylučovaných slin. Odstraněním lícního nervu dojde k trvalé nehybnosti svalů jedné poloviny obličeje (nemožnost uzavřít oko, nehybnost rtů a porušení mimiky obličeje na postižené straně). Nelze vyloučit změnu zdravotní způsobilosti, tedy částečný nebo úplný invalidní důchod.

Další potřebná léčba:

Dle výsledku histologického vyšetření nelze vyloučit nutnost onkologické léčby. Pravidelné kontroly na našem pracovišti.

Poznámka:

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

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.