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 PŘÍUŠNÍ SLINNÉ ŽLÁZY SE ŠETŘENÍM 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 či nezhoubným nádorem. Při výkonu bude maximální snaha o zachování lícního nervu.

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

Rizika výkonu jsou následující:

Krvácení, pohmoždění lícního nervu (s návratem funkce trvající i několik měsíců), přerušení větví nebo celého lícního nervu (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:

Neexistuje jiná možnost, pouze ponechat žlázu spolu s patologickým útvarem na svém místě. Rizikem je další růst nádoru, šíření patologického procesu či další opakování zánětu.

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, je se šetřením větví lícního nervu.

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 mírné vpáčení tkání před a pod boltcem po odstranění žlázy. Po operaci může být sníženo množství vylučovaných slin.

Nelze vyloučit ani změnu zdravotní způsobilosti, částečný nebo úplný invalidní důchod.

Další potřebná léčba:

Rehabilitace funkce lícního nervu k lepšímu obnovení jeho funkce, případně i aplikace vitaminu B. V závislosti na výsledcích histologického nálezu buď další léčba, nebo sledování pacienta.

Poznámka:

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

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