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 OHRANIČENÉHO NÁDORU PŘÍUŠNÍ SLINNÉ ŽLÁZY** ☐ **VPRAVO** ☐ **VLEVO** ☐ **OBOUSTRANNĚ**
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem tohoto zdravotního výkonu je odstranění ohraničeného nádoru nebo cysty (dutiny s vlastní buněčnou výstelkou) příušní slinné žlázy v celkové anestezii ze zevního přístupu. 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, pocení v operované oblasti, bolestivost. Četnost uvedených komplikací závisí na rozsahu a povaze patologického procesu.
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Neexistuje jiná možnost, pouze ponechat výše zmíněné útvary na svém místě. Rizikem je další růst nádoru.
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. Poté následuje proniknutí k patologickému útvaru. Odstraní se pouze patologické ložisko ze žlázy 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 před a pod boltcem. Změna zdravotní způsobilosti se nepředpokládá.
Další potřebná léčba: V závislosti na výsledcích histologického nálezu buď další léčba, nebo pravidelné kontroly pacienta.
Poznámka:
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:

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

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