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):

ODEBRÁNÍ TŘÍSELNÝCH MÍZNÍCH UZLIN (INGVINÁLNÍ LYMFADENEKTOMIE)

☐ **VPRAVO**
☐ **VLEVO**

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

Nejčastějším důvodem k této operaci je podezření na postižení tříselných uzlin nádorovým onemocněním. Při postižení uzlin nádorovým onemocněním může dojít k dalšímu šíření, vzniku vzdálených ložisek (metastáz) a případně i úmrtí. Zvětšené uzliny se mohou také provalit na kůži a způsobit tím vřed, nebo se nádorový růst může rozšířit do přiléhajících velkých cév a způsobit tím těžké krvácení, popřípadě vykrvácení.

Účelem tohoto zdravotního výkonu je odstranění uzlin nebo odebrání vzorků umožňující jejich histologické (mikroskopické) vyšetření a upřesnění diagnózy. Současně může být léčebnou metodou.

Operace může mít rizika a důsledky léčby:

- Rizika spojená s anestézií (informace Vám podá odborný lékař anesteziolog).
- Vznik infekce v místě operace nebo jinde v těle.
- Vznik infekce v operační ráně, prodloužené hojení, rozestup okrajů rány (dehiscence).
- Únik lymfy (mízní tekutiny) z rány.
- Trombóza žil (ucpání žil sraženinou) na dolních končetinách s možnou plicní embolií (uzávěr plicních tepen).

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Odstranění uzlin z třísla nemá adekvátní alternativu.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Z řezu v oblasti pod tříselným vazem se v podkoží pronikne k mízním uzlinám, které se odstraní. Pokud není úplné odstranění uzlin možné, odebere se jen několik vzorků. Do místa operace je pak vložena hadička k odvodu pooperačního sekretu (drén), která se za několik dní odstraní.

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

Na přechodnou dobu bude nutné dodržovat klidový režim, nebude možnost sportovat nebo zvedat těžší předměty. Bude nutná pracovní neschopnost. Délka tohoto omezení závisí na charakteru zaměstnání, ale obvykle se pohybuje v rozmezí 4-8 týdnů. Výjimečně dle charakteru zaměstnání déle.

Do úplného zahojení rány a odstranění stehů je doporučeno nekoupat se. Sprchování je možné.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Další potřebná léčba:

Odstranění stehů za 10-14 dní od operace, kontrolní vyšetření například CT (počítačová tomografie) nebo ultrazvukem. Mohou být prováděny také odběry krve. Ke změně zdravotní způsobilosti může výjimečně dojít po velmi rozsáhlých a radikálních výkonech (to je závislé na charakteristikách hlavního onemocnění).

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