VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno **r. č.:** Zadejte RČ

Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení): Zadejte celé jméno

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

OPERAČNÍ ODSTRANĚNÍ POLOVINY ŠTÍTNÉ ŽLÁZY

☐ **PRAVÉ** ☐ **LEVÉ**

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

Odstranění části štítné žlázy je prováděno na základě doporučení Vašeho lékaře endokrinologa jako nejvhodnější způsob léčby buď pro patologické změny v tkáni žlázy, její celkové zvětšení nebo její špatnou funkci. Chirurgický výkon je prováděn z krčního přístupu. Cílem je odstranění celé chorobně změněné části štítné žlázy a její odeslání na histologické vyšetření, které stanoví i definitivní diagnózu a další léčebný postup.

Rizika spojená s výkonem:

- Pooperační krvácení s nutností dalšího operačního řešení na operačním sále.
- Infekce v operační ráně, léčí se antibiotiky, někdy i čištěním operační rány.
- Dočasné nebo trvalé omezení funkce zvratného nervu, který ovládá hybnost hlasivky (při poranění jednoho nervu dochází ke zhoršení hlasu).
- Dočasné nebo trvalé omezení funkce příštítných tělísek s poklesem hladiny vápníku v organizmu v případě odstranění pouze jednoho laloku štítné žlázy prakticky nehrozí. Pokud by k němu však došlo, užívá se náhrada vápníku ve formě tablet či infuze, při výraznějším poklesu funkce i náhrada hormonu příštítných tělísek ve formě kapek. Toto snížení funkce příštítných tělísek se projevuje brněním končetin a kolem úst, při neléčení křečemi.
- Nápadnější esteticky nepěkná tzv. keloidní jizva (je možno řešit plastickou operací).

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Pokračovat v léčbě u ošetřujícího lékaře endokrinologa se zaměřením na velikost a funkci štítné žlázy.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Výkon se provádí v celkové anestézii. Kožní řez je veden v dolní části krku, mezi krčními svaly (které je někdy nutno přetnout a v závěru operace opět sešít) je proniknuto ke štítné žláze, jejíž postižený lalok je i se střední částí následně odstraněn. Při jeho odstraňování je kladen zvláštní důraz na zachování příštítných tělísek a zvratného nervu, které jsou v těsném kontaktu se štítnou žlázou. Po odstranění laloku štítné žlázy se provede výplach desinfekčním roztokem a zavede se dočasná drenáž k odvádění tekutin z místa laloku. Kůže se zašívá plastickým stehem.

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

Hospitalizace trvá obvykle 6 - 7 dní. Pooperační období je často provázeno bolestí v ráně, při polykání. Bolesti jsou tlumeny analgetiky. Může se vyskytnout zvýšená teplota nebo horečka, dále otok měkkých tkání krku přetrvávající obvykle několik dní. Drén v ráně se ponechává dva i více dnů. Stehy se odstraňují 7-10. den, kdy pacientovi předáváme výsledek histologie, se kterým se objedná ke svému endokrinologovi.

Léky s hormony štítné žlázy začíná pacient užívat dle doporučení endokrinologa, jejich dávka je upravována dle laboratorních výsledků.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno **r. č.:** Zadejte RČ

Pracovní neschopnost je obvykle 2 - 4 týdny. Při poruše hybnosti hlasivky se pracovní neschopnost zejména u hlasových profesionálů prodlužuje dle stavu hlasu. Trvalá porucha hybnosti hlasivky při výraznější poruše tvorby hlasu může vyžadovat i další chirurgický výkon k jeho zlepšení.

Další potřebná léčba:

Klidový režim, prevence vniknutí vody a nečistot na ránu. Je nutné užívat léky ordinované či doporučené lékařem, dodržovat termíny kontrol a převazů určených lékařem. Minimálně půl roku po operaci je potřebné jizvu chránit před účinkem slunečního záření, aby nedošlo k její pigmentaci.

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý:

Prohlašuji, že jsem byl poučen v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

Zadejte důvod

V Praze dne Zadejte datum

....

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 se podepsat: Zadejte důvod

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli: Zadejte způsob

.....

jméno, příjmení a podpis svědka