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):

ODSTRANĚNÍ PODČELISTNÍ SLINNÉ ŽLÁZY

☐ **VPRAVO**
☐ **VLEVO**

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

Cílem operace je úplné odstranění podčelistní slinné žlázy. Podčelistní (submandibulární) slinná žláza je párový orgán, leží oboustranně hned pod dolní čelistí. Vývod žlázy ústí v dutině ústní vpředu pod jazykem a přivádí do úst slinu. Odstranění podčelistní slinné žlázy nevede k nedostatku slin nebo pocitu sucha v ústech, nemá vliv na celkovou produkci slin, která je zajištěna ostatními velkými a malými slinnými žlázami.

Nejčastějším důvodem k chirurgickému odstranění žlázy je její chronický zánět, většinou v důsledku blokády vývodů kameny (sialolity). Další indikací jsou nádory nebo podezření na nádor žlázy.

Možné komplikace a rizika:

- Pooperační otok podčelistní krajiny, mizí během dní až týdnů.
- Krvácení z rány, vzácné, může vyžadovat chirurgickou revizi (opětovnou operaci).
- Infekce a zánět v ráně, léčí se antibiotiky, která se někdy podávají profylakticky (k zabránění infekce, která dosud nevznikla).
- Velmi vzácně slinná píštěl, při neúplném odstranění žlázy.
- Někdy může vzniknout nápadnější jizva. Tu je možno řešit plastickou operací nebo laserem.
- Poškození nervů ležících při žláze. Většinou je postižení nervu důsledkem manipulace s nervem nebo v důsledku tlaku na nerv, nikoli přerušením jeho celistvosti. Pokud se poškození nervu objeví, je obvykle pouze dočasné. Trvalá porucha funkce nervu je vzácná, většinou vzniká jen při nejtěžších operacích. Při operaci mohou být poškozeny tři nervy, což se projeví:
  - slabostí dolního rtu, asymetrie ústního koutku, nejčastější většinou jen mírná přechodná, vzniká postižením svalové větvičky lícního nervu,
  - necitlivost jazyka na operované straně, při postižení jazykového nervu, vzácné,
  - omezení hybnosti jazyka při postižení podjazykového nervu, velmi vzácné, spíše při nádorech.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Chirurgické odstranění podčelistní slinné žlázy se provádí, jsou-li vyčerpány možnosti konzervativní léčby zánětu nebo kamenů slinné žlázy (antibiotika, nařízntutí vývodu). Při podezření na nádor nebo nádoru slinné žlázy operační odstranění žlázy nemá léčebnou alternativu. Pro orientační diagnostiku lze před operací využít biopsie (odstranění vzorku tkáně) jehlou a cytologické vyšetření.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Odstranění žlázy se provádí v celkové anestézii, řez o délce asi 5 - 6 cm je veden asi 3 cm pod dolní čelistí. Žláza se vypreparuje (uvolní) od okolních tkání, svalů, cév a nervů. Po výplaších desinfekčním roztokem je do rány vložen obvykle latexový drén a rána se uzavře stehy.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

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

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

Hospitalizace trvá obvykle 4 - 6 dnů. Po operaci se může vyskytnout bolest v operační ráně. Bolesti jsou tlumeny analgetiky. Může se vyskytnout zvýšená teplota nebo horečka, která si vyžádá podání antibiotik. Drén se v ráně ponechává dva i více dnů. Slouží k odvádění ranných tekutin. Stehy se odstraňují 7 - 10. den.

Pracovní neschopnost v přímé souvislosti s operací bývá 2 - 3 týdny. Změnu zdravotní způsobilosti v důsledku vlastní operace podčelistní slinné žlázy nepředpokládáme.

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.

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