

OPERACE PŘÍUŠNÍ ŽLÁZY

Pacient/ka: Narozen/a:
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojištění): / Kód ZP:

Bydliště:

Zákonný zástupce: Vztah:
titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)

Narozen/a: Bydliště:
(liší-li se od bydliště pacienta/ky)

Vážená paní, vážený pane,

na základě předchozích vyšetření Vám/Vašemu dítěti doporučil ošetřující lékař provedení operace příušní žlázy, k jejímuž provedení je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vás chceme informovat o přípravě, způsobu provedení, významu i možných komplikacích tohoto výkonu.

Příušní žláza je největší slinná žláza. Nachází se pod a před uchem. Skládá se ze dvou laloků - povrchového a hlubokého, mezi kterými probíhají vlákna lícního nervu. Tento nerv umožňuje pohyb obličejových svalů.

Nejčastějším důvodem operace je nádor (zhoubný nebo nezhojný). V určitých případech se provádí pouze částečné odstranění příušní žlázy, někdy je však nutno odstranit žlázu celou.

Příprava k výkonu

Výkon Vám bude proveden v celkové anestézii (znecitlivění). **Od půlnoci nesmíte jíst, pít ani kouřit,** řiďte se pokyny zdravotnického personálu.

Postup při výkonu

Budete ležet na zádech s pootočenou hlavou. Řez bude veden těsně před a za uchem a bude protažen několik cm pod ucho. Poté je třeba nalézt lícní nerv, který šetříme a snažíme zachovat (pouze u zhoubných nádorů jej však musíme odstranit spolu s nádorem). Vlastní nádor pak odstraňujeme vcelku, někdy s částí žlázy, nebo se s nádorem odstraní žláza celá (tj. povrchový i hluboký lalok). U zhoubných nádorů je často nutné provést současně i odstranění postižených mízních uzlin na krku.

Rizika a možné komplikace výkonu

Všeobecná rizika zákroku v anestézii jsou málo častá - např. trombóza (ucpání žíly krevní sraženinou), embolie (ucpání cévy vmetkem), poruchy krevního tlaku, poruchy srdeční činnosti či infekce v ráně, alergická reakce na podávané léky či dezinfekční prostředky, záněty žil v místě infuze.

Vedlejší projevy a možná rizika této operace jsou ospalost a neklid těsně po operaci, bolest v ráně, mírné krvácení z rány, otok v místě operace. Vzácně se může vyskytnout porušení funkce lícního nervu s omezením hybnosti obličejových svalů - poklesem ústního koutku, vyhlazení nosoretní rýhy, nemožností dovřít oční víčko - obvykle vymizí po rehabilitaci za několik dnů až týdnů. U zhoubných nádorů s odstraněním lícního nervu je ochrnutí tváře trvalé, řeší se v pozdější době plastickou operací. Po operaci se může někdy vytvořit nežádoucí jizva - vpadlý defekt či slinná píštěl.

Chování po výkonu, možná omezení

Vaše reakce a schopnosti budou po výkonu v celkové anestézii omezeny (především prvních 24 hodin), proto se řiďte pokyny zdravotnického personálu. Bolesti budou tlumeny léky. Několik dní po operaci Vám budou pravidelně prováděny převazy rány. Stehy Vám lékař odstraní týden po výkonu.

Doba pobytu v nemocnici je přibližně 1 týden, dále pak 1 - 2 týdny budete mít klidový režim doma.



Dovoluujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují.

Nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu).

Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta s omezenou svéprávností) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVÉPŘÁVNOSTÍ K VYSLOVENÍ SOUHLASU:

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

- Pacient/ka **je** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
- Pacient/ka **není** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis



Pacient/ka:

Rodné číslo:

V Plzni dne: v hodin
podpis pacienta/ky (podpis zákonného zástupce)

Vyplňte v případě, že pacient/ka je způsobilý/á k udělení souhlasu, ale nemůže se s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):

Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:

Náhradní způsob projevu vůle (souhlasu):

kývnutím hlavy gestem: očima jinak:

Svěděk:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresa a datum narození)

Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmít/a souhlas podepsat:

Pacient/ka (zákonný zástupce) odmít/a tento souhlas podepsat.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem) ZOK podpis

Svěděk:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresa a datum narození)