

## ODSTRANĚNÍ PŘÍŠTÍTNÝCH TĚLÍSEK

Pacient/ka: ..... Narozen/a: .....  
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojištěnce): ..... / ..... 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 odstranění příštítného tělíska/tělísek, k jejímuž provedení je potřeba Vašeho souhlasu.

Pro usnadnění rozhodnutí Vás chceme informovat o přípravě, způsobu provedení, významu i možných komplikacích tohoto výkonu.

Je to operace, při které je odstraněno jedno tělísko nebo tělísek více, podle klinického nálezu. Příčin, proč musí být tato operace provedena, je mnoho. Nejčastěji to bývají poruchy jejich funkce - zvýšená aktivita (činnost), jejich zvětšení nebo podezření na různé typy nádorů, které se v příštítných těliscích mohou objevit.

### Příprava k výkonu

Výkon provádíme většinou v celkové anestézii (znečítlivění, narkóze), proto podstoupíte před operací celkové vyšetření. V den operace **nesmíte od půlnoci jíst, pít ani kouřit.**

### Postup při výkonu

Lékař vede vodorovný řez v dolní části krku. Tělíska jsou uložena na zadní straně štítné žlázy, proto je nejprve potřeba štítnou žlázu opatrně uvolnit a v předpokládaném místě výskytu tělísko hledat. Někdy lékař během operace odesílá část tělíska na rychlé vyšetření pod mikroskopem k lékařům - patologovi a podle jeho výsledku se pak rozhoduje o dalším pokračování operace.

Po vyjmutí tělísek je do rány vložen drén (trubička vyvedená kůží po straně k odvádění tekutiny z operační rány), rána je pak uzavřena (zašita) a zavázána.

### Rizika a možné komplikace výkonu

Vzácně se vyskytují všeobecná rizika zákroku spojená s podáním anestézie jako např. trombóza (ucpání žíly krevní sraženinou), embolie (druhotné uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), poruchy krevního tlaku, poruchy srdeční činnosti, infekce v ráně, alergická reakce na podávané léky, dezinfekční prostředky, záněty žil.

Vedlejší projevy a možná rizika této operace jsou ospalost a neklid těsně po operaci, krvácení z rány a bolesti. Vzácně se může objevit větší krvácení, chrapot způsobený poraněním nervů ovlivňujících hlasivky, dočasné brnění kolem rtů a na končetinách způsobené nízkými hladinami vápníku nebo zánět v ráně. Velmi vzácně můžete mít křeče končetin a zhoršené dýchání.

### Chování po výkonu, možná omezení

Vaše reakce a schopnosti budou po výkonu v celkové anestézii omezeny (především prvních 24 hodin), proto se budete řídit pokyny zdravotnického personálu. Bolesti budou tlumeny analgetiky (léky proti bolesti). Opatrně zacházejte s drénem, bude Vám odstraněn po ústupu výtoku z rány, nejčastěji druhý den po operaci.

**V případě zhoršeného dýchání nebo prosáknutí obvazu ihned přivolejte sestru nebo lékaře.** Denně Vám bude odebrána krev ke sledování hladin vápníku. V případě brnění nebo křečí informujte zdravotnický personál. Po propuštění z nemocnice budete předáni zpět do péče Vašeho endokrinologa, který navrhne Vaši další léčbu.



Pacient/ka: .....

Rodné číslo: .....

Doba pobytu v nemocnici je 5 - 7 dní, dále pak 2 týdny klidový režim v domácím ošetřování.

Pokud jste něčemu nerozuměl/a nebo máte doplňující otázky, obraťte se na ošetřujícího lékaře nebo sestru.

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)

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

By/la 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).

By/la 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.

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

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

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 беру на 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:



Pacient/ka: .....

Rodné číslo: .....

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

ZOK

podpis

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) odmítl/a souhlas podepsat:**

**Pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/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)