

**INFORMOVANÝ SOUHLAS S OPERACÍ
PUPEČNÍ KÝLY**

Jméno pacienta:

Rodné číslo:

štítek

Definice:

Operační plastika pupeční kýly

Cíl a důvod léčby:

Uzavření defektu břišní stěny v oblasti pupku (vada je obvykle vrozená - neuzavřený defekt po vstupu struktur pupečníku) a zabránění případného uskřinutí orgánů dutiny břišní v brance pupeční kýly u děvčat komplikaci v době těhotenství.

Alternativy k výkonu:

Konzervativní postup: tj. pouze sledování a řešení akutního stavu až v případě uskřinutí kýly.

Příprava před výkonem:

Hospitalizace, vylučnění před výkonem, premedikace, osobní hygiena.

Postup při výkonu:

V celkové anestézii kožní řez pod pupkem, odpreparování kožního pupku a jeho oddělení od spodiny. Po očištění okrajů kýlní branky přežití kýlní branky ve dvou vrstvách silonovými nevstřebatelnými stehy. Následuje fixace pupku ke spodině a sešití okrajů operační rány. Krytí je lepeno obvykle přes tamponek, uložený do pupku.

Péče následná/ případná omezení:

Ponechat krytí operační rány (výměna při znečištění), po zhojení operační rány vyjmutí stehů. Fyzický klid 4 týdny. Promašťování a masáže jizvy po zhojení.

Možné časté komplikace a následující rizika:

Zánět v ráně, odmítnutí šicího materiálu, selhání plastiky, pooperační krvácení, alergická reakce na použité zdravotní prostředky (náplasti, desinfekce), atypické hojení kůže, nitrobřišní srůsty k pupeční jizvě. Je nutné počítat se změnou vzhledu pupku.

Jméno lékaře: Podpis lékaře:

Datum:

Pacient / Zákonný zástupce:

1. Přečtěte si pozorně text tohoto listu.
2. Pokud jste plně nepochopili vysvětlení od lékaře, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se lékaře znovu zeptat.
3. Podpisem souhlasíte s textem prohlášení.

Já, pacient / zákonný zástupce prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a včas informován/a o povaze lékařského výkonu / lékařského postupu uvedeného výše, byl jsem též informován/a o možných rizicích tohoto výkonu. Měl/a jsem možnost klást lékařovi doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny. Své rozhodnutí činím po pečlivé úvaze a po posouzení všech rozhodujících skutečností.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:

- s uvedeným léčebným postupem,
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další související výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav / zdravotní stav opatrované osoby a vzhledem ke konkrétní situaci nebude možno získat můj aktuální souhlas.

Jsem srozuměn/a s tím, že:

- uvedený léčebný postup nemusí být proveden lékařem, který mne dosud ošetřoval,
- souhlas se pokládá za informovaný také v případě, že se podle § 32 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb. podání informace vzdávám.

Souhlasím s poskytnutím informací:

ano ne

Datum:

Podpis pacienta:

Jméno a podpis zákonného zástupce (1):

Jméno a podpis zákonného zástupce (2):

Jméno a podpis pacientem určené osoby při přijetí v Informovaném souhlasu s hospitalizací:

.....

Pokud souhlas nelze pacientem podepsat, vyplňte dle situace variantu a) nebo b):

a) **Jméno svědka (zdravotnický pracovník):**

Datum: **Podpis:**

b) **Jméno svědka:** **Rodné číslo:**

Adresa bydliště:

Číslo OP:

Datum: