INFORMOVANÝ SOUHLAS

AKUTNÍ OPERACE USKŘINUTÉ KÝLY

Uskřinují kýly, jež Vám bylo diagnostikováno, je jednou z náhlých příhod břišních, jejichž léčba vyžaduje časný operační zákrok. K jeho provedení je nutno Vašeho souhlasu. Považujeme za vhodné poskytnout vám základní údaje o vašem onemocnění touto písemnou formou. Doplňující informace vám v případě potřeby poskytne ošetřující lékař.

Příčina onemocnění
Kýla je výchlipka pobřišnice vysunutá otvorem ve stěně břišní, v bránici, dnu pánevní, zadní stěně břišní či uvnitř břišní dutiny. Je vyplněná tukem tenkým či tlustým střevem nebo jiným nitrobřišním orgánem. Mohou být vrozené nebo získané. K jejich vzniku mohou přispívat stavy spojené s vyšším nitrobřišním tlakem, např. zvedání těžkých břemen, těhotenství, rychlý přírůstek hmotnosti, zácpa a další. K uskřinují, tedy zaškrcení, kýly může dojít prakticky kdykoli z různých příčin.

Možnosti léčby
V prvních hodinách po příhodě je v některých případech možné vrátit obsah kýly do břišní dutiny bez akutní operace, jde o manévry, kdy Vám lékař zvláštním „mačkáním“ na břicho v místě kýly rychle uleví od bolesti. Při delší době trvání již nemusí být tyto manévry možné a pro riziko ohrožení životaschopnosti orgánů v kýle je nutné akutní operační řešení.

V době od Vašeho přijetí do operace je Vám zakázáno jíst, pít a kouřit z důvodu vyhnutí se zbytečným komplikacím celkové anestézie. Tekutiny budete dostávat pomocí infuze – do žíly. Budou Vám provedena nezbytná vyšetření před operací (klinické vyšetření chirurgem, laboratorní vyšetření, některá ze zobrazovacích vyšetření – rentgenové, ultrasonografické, event. CT, vyšetření interním lékařem a lékařem anesteziologem).

Operace
Výkon bude pravděpodobně proveden z kožního řezu v okolí kýly či nad kýlou. V případě, že obsah kýly, například klička střeva, nebude v době operace již životaschopná, bude muset být odstraněna, střevo pak bude opět napojeno. V některých případech mohou klinické projevy uskřinuté kýly napodobovat jinou z náhlých příhod břišních, navíc pro menší možnost předoperačního vyšetřování z důvodu akutního operování nelze vždy předoperačně určit rozsah operačního výkonu. U všech akutních operací je operační riziko vyšší než u operací plánovaných, to dále závisí na Vašich dalších onemocnění.

Možné komplikace
K nejčastějším patří infekce operační rány, méně pak tromboembolické komplikace, tedy uzávěr žilního řečiště s možností tvorbou vmetků do plic, další komplikace mohou souviset s Vašimi dalšími onemocněními. Nelze vyloučit ani komplikaci ve smyslu event. rozpadu futury (sešití) střeva při nutnosti eventuální resekce (odstranění odumřelého střeva v uskřinutí).

Doba po operaci
Budete hospitalizován/a na standardním pokoji, v případě nutnosti rozsáhlejšího výkonu můžete být přechodně hospitalizován/a na jednotce intenzivní péče (JIP).
Budete dostávat antibiotické léky a tekutiny pomocí infuzí, dále budete dostávat léky proti bolesti a léky bránících vzniku tromboembolických komplikací. Je možné, že budete mít přechodně zaveden do dutiny břišní jeden nebo více drenů. V prvních dnech po operaci nebudete moci jíst. Po propuštění do domácí péče budete muset respektovat několika týdenní období s omezením fyzické zátěže. Doba pracovní neschopnosti závisí na konkrétním stavu a pracovní zátěži.

PROHLÁŠENÍ
Pacient prohlašuje, že mu byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace v souvislosti s provedením operace. Byly mu vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl také možnost zeptat se lékaře na všechno, co ho ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá, a obdržel vysvětlení, kterému porozuměl.

Tímto prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, že jsem všemu plně porozuměl/a a souhlasím s navrženým postupem.
Při výskytu neočekávaných komplikací souhlasím s provedením dalších nutných zákroků k záchraně mého zdraví a života.

Ve Stodě dne……v ……hodin

Pacient/ka: …… rodné číslo:…….……

Zákonný zástupce:…… vztah: ……..
(např. matka, otec, opatrovník)

Podpis pacienta/ky: ……

Lékař provádějící poučení: …….....

V případě, že pacient/ka s ohledem na svůj zdravotní stav není schopen informovaný souhlas podepsat, z důvodu:

Způsob projevu souhlasu: …….....
(např. kývnutím hlavy, gestem, očima, jiný způsob)

Svědek:
…….....
(jméno a příjmení, datum narození)

Informace o možnosti a způsobu uplatnění svých práv v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováváním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů naleznete na www.stod.nemocnicepk.cz nebo v listinné podobě v sekretariátu ředitele.