

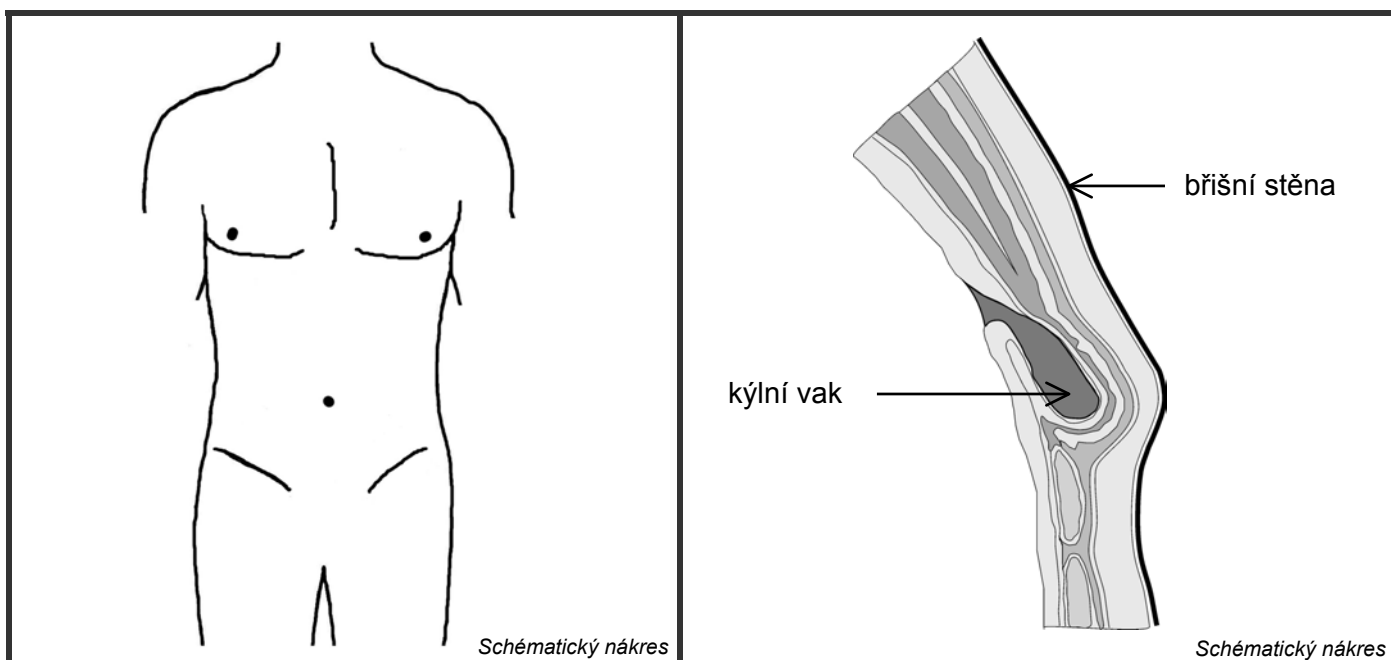
<h2 style="color: blue;">Kýla v jizvě</h2>	Zdravotnické zařízení:
	Pacient:
Diagnóza:	Jméno, příjmení:..... Rodné číslo:.....

VÁŽENÁ PACIENTKO, VÁŽENÝ PACIENTE, VÁŽENÍ RODIČE, vzhledem ke zdravotnímu stavu Vaší osoby nebo Vašeho dítěte je nutné provést výše zmíněný zákrok. Před vlastním výkonem s Vámi bude lékař/ka hovořit o nutnosti a možnostech zákroku. Musíte vědět o rizicích a možných komplikacích plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout. Tento formulář Vám má pomoci se na rozhovor připravit a důležité body zdokumentovat.

CO TO JE KÝLA V JIZVĚ?

Stěna břišní se skládá ze svaloviny, povázky (fascie), podkožního tuku a kůže. Břišní svaly chrání útroby před silami z vnějšího okolí. Dále jsou důležité při dýchání, břišním tlaku (stolice) a při držení těla jako protipól zádových svalů. Nedojde-li k úplnému zhojení fascie po břišní

operaci, tak se vyvine kýla v jizvě. Skládá se jako jiné kýly z kýlního vaku, kýlní branky a kýlního obsahu. Kýly v jizvě mohou následovat pro poruchy hojení po první operaci, nesnášenlivost šicího materiálu, nedostatek krevních bílkovin, nedostatečnost pojivové tkáně nebo zvýšený nitrobřišní tlak (např. při obezitě).



JAKÉ NEBEZPEČÍ HROZÍ BEZ LÉČBY?

Bez operačního řešení se většinou kýla zvětšuje a může dojít ke komplikacím, zejména k uskřínutí střeva a životu nebezpečnému uzávěru střeva. Potom je operace nevyhnutelná během několika hodin.

JE MOŽNÉ OŠETŘENÍ BEZ OPERACE?

Spontánní zhojení je nemožné. Korzety a zpevňující pásy také nevedou ke zhojení a jejich dlouhodobým užíváním dochází k oslabení muskulatury stěny břišní. Ve Vašem případě doporučujeme operační řešení.

JAK BUDE OPERACE PROVEDENA?

Zárok bude proveden v celkové nebo lokální anestezii. O ní Vás bude informovat anesteziolog.

Stará operační jizva bude vyříznuta, dále bude vypreparována kýlní branka ve fascii a kýlní obsah bude navrácen zpět do dutiny břišní. Uzávěr kýlní branky může být proveden některou z následujících možností. Definitivně se způsob uzávěru určí až během operace.

- Přímý uzávěr kýlní branky u malých kýl s malým napětím břišní stěny
- Plastika fascie u malých a středních kýl s větším napětím břišní stěny. V tomto případě se okraje fascie přešíjí ve 2 vrstvách k dosažení větší stability.
- Uzávěr kýlní branky přenosem laloku vlastní tkáně.
- Uzávěr umělohmotnou sítkou u velkých kýl s napětím břišní stěny.

ROZŠÍŘENÍ VÝKONU?

V ojedinělých případech musí být kýlní obsah odstraněn (např. část střeva, nebo břišní předstěra), zejména u uskřínutých kýl.

Při pokročilém nálezů vytvoření dočasněho střevního vývodu.

JAKÉ JSOU VYHLÍDKY NA ÚSPĚŠNOU LÉČBU?

Většinou vedou operace kýl k trvalému vyléčení. Recidivy se však stoprocentně vyloučit nedají. Dodržováním všech doporučení, jako např. přiměřené tělesné váhy, tělesného zatěžování, můžete sami k úspěchu přispět.

POOPERAČNÍ PRŮBĚH A NÁVOD K DALŠÍMU OŠETŘOVÁNÍ

Pro dosažení očekávaného výsledku operace respektujte prosím všechna lékařská doporučení. V případě ambulantní operace se prosím nechte z nemocnice odvézt a nezúčastňujte se 24 hodin po operaci silničního provozu.

Promluvte si s lékařem před propuštěním o následujících bodech:

- Kdy odstranit stehy či svorky?
- Jak dlouho musí být drenáž ponechána?
- Odkdy je možno se sprchovat a koupat?
- Je nutné užívat léky? (jak dlouho, množství)
- Jak dlouho je nutné fyzické šetření?
- Za jak dlouho je možné jít do práce/školy?
- Jsou nutná nějaká další vyšetření? Termín?

OBECNÁ RIZIKA OPERAČNÍHO VÝKONU?

Míra rizika lékařského výkonu je ovlivněna mimo jiné Vaším celkovým zdravím a předchozími onemocněními. Vyplňte prosím pozorně následující dotazník.

- Byl/a jste již v minulosti operován/a?
ANO NE
.....
- Jsou u Vás známá nějaká metabolická onemocnění (např. cukrovka) nebo onemocnění vnitřních orgánů?
ANO NE
.....
- Trpíte na některé infekční choroby (např. chřipka, angína, hepatitis, AIDS)?
ANO NE
.....
- Byl/a jste v poslední době očkovan/a?
ANO NE
.....
- Objevily se u Vás někdy záchvaty křečí?
ANO NE
.....
- Jste alergik/čka? Byla u Vás někdy pozorována nesnášenlivost některých materiálů?
ANO NE
.....
- Vyskytlo se u Vás dříve silnější krvácení po jiných zákrocích (např. u zubaře)? Byla Vám někdy podána krevní transfúze?
ANO NE
.....

- Vyskytly se u Vás někdy komplikace při hojení ran (např. píštěle, keloidy, hnisání)?
ANO NE
-
- Měl/a jste někdy trombosu, embolii?
ANO NE
-
- Užíváte pravidelně léky?
ANO NE
-
- U žen – Nemůžete být těhotná?
ANO NE
-
- Co považujete za důležité sdělit lékaři o svém zdravotním stavu případně rizicích ještě před výkonem :
.....
.....

JAKÁ JSOU RIZIKA PLÁNOVANÉHO VÝKONU?

Přes nejvyšší opatrnost se mohou vyskytnout některé komplikace :

- Alergické reakce - podání anestetik nebo jiných léků mohou způsobit zarudnutí, otoky, svědění nebo nevolnost. Zřídka také vážné komplikace jako poruchy dechu, křeče, poruchy srdečního rytmu a tlaku krevního, vedoucí až k život ohrožujícímu šoku.
- Abscesy, záněty kůže a měkkých tkání, včetně cév a nervů jako následek injekcí, infúzí, nutné polohy na operačním stole, desinfekce a/nebo práce s elektrickým proudem při operaci.
- Trombo-embolie - zejména u ležících pacientů, kuřáků a pacientek užívajících hormonální antikoncepci může nastat uzavření žil krevní sraženinou a její následné za-

vlečení do plic s ohrožením na životě. Prevence trombo-embolie v podobě léků ovlivňujících srážlivost krve může zase naopak způsobit krvácení.

- Silné krvácení, které by si vyžádalo krevní transfúzi, při které hrozí minimální riziko přenosu infekčních onemocnění (např. hepatitis, AIDS, BSE) a alergické reakce. To platí i při použití jiných biologických materiálů, jako např. fibrinového lepidla.
- Povrchové ranné infekce, abscesy, píštěle a flegmóny, způsobené zbytky stehu či materiálu, pooperační krvácení a vznik hematomu mohou vést k rozpadu rány, k tvorbě kýl nebo ke kosmeticky nevyhovujícím jizvám.
- Poranění sousedních struktur (např. střeva, jater, slinivky, sleziny) může vést k orgánovému poškození a zánětu pobřišnice. Vyžádá si okamžité ošetření a podle charakteru poranění případně i částečné nebo úplné odstranění postiženého orgánu. Riziko je zvýšeno u pacientů s neobvyklými anatomickými poměry, srůsty a po předchozích břišních operacích.
- Pooperační srůsty v břišní dutině mohou být v budoucnu odpovědný za bolesti břicha, poruchy vyprazdňování až uzávěr střeva.
- Rozpad stehu na stěně střevní a vytvoření abscesu či peritonitidy, zřídka vznik píštěle, při těchto komplikacích jsou skoro vždy další chirurgické zákroky nutné.
- Zvýšený nitrobřišní tlak po vrácení kýlního obsahu zpět do dutiny břišní může způsobit omezení dýchání a funkce střev či ledvin.

Všechny zmíněné komplikace si mohou vyžádat léčbu na intenzivních odděleních, další operační zákroky a doživotní zdravotní komplikace a omezení.

Při tomto zákroku **nebude - bude** vyžadována finanční spoluúčast pacienta v předpokládané výši:Kč.

**POZNÁMKY LÉKAŘE K ROZHOVORU S PACIENTEM:**

(např. specifická rizika a možné komplikace, vedlejší zákroky, speciální otázky pacienta, omezení souhlasu, např. odmítnutí transfúze, možné nevýhody v případě odmítnutí, časového posunutí operace, důvody odmítnutí)

.....
.....
.....
.....

Místo/datum:

.....
jmenovka lékaře

.....
podpis lékaře

PROHLÁŠENÍ O INFORMOVANÉM SOUHLASU :

Prohlašuji, že mi byly lékařem zodpovězeny veškeré mé dotazy ohledně plánovaného výkonu a jsem o tomto výkonu, jeho možných rizicích, povýkonových komplikacích, následné léčbě a případných omezeních mé osoby dostatečně informován/a a rozumím jim. Porozuměl/a jsem svému zdravotnímu stavu a mohl/a svobodně a bez nátlaku zvážit nutnost a účelnost zamýšlených vyšetřovacích a léčebných výkonů a rizika s tím spojená, včetně případného nepohodlí, bolesti a dalších omezení spojených s touto léčbou. Byl/a jsem poučen/a o tom, že mohu svůj souhlas s lékařským výkonem kdykoliv odvolat.

Prohlašuji, že:

- SOUHLASÍM** s výše uvedeným lékařským výkonem, s jeho eventuelním rozšířením, s podáním krevní transfúze a s využitím záznamů pro výuku a výzkum. *(Nehodící se škrtněte)*

Přeji si, aby byly o mém zdravotním stavu informovány tyto osoby způsobilé právním úkonům:

Jméno/Adresa/Telefon:

Místo/datum:

.....
podpis pacienta (zákonného zástupce)

NESOUHLAS/ODVOLÁNÍ SOUHLASU S LÉKAŘSKÝM VÝKONEM A LÉČBOU

Nesouhlasím/Odvolávám svůj výše udělený souhlas s výše uvedeným lékařským výkonem a léčbou i přes všechna mi opětovně poskytnutá poučení a prohlašuji, že jsem si vědom/a možných rizik.

Místo/datum:

.....
podpis pacienta (zákonného zástupce)

.....
podpis lékaře