

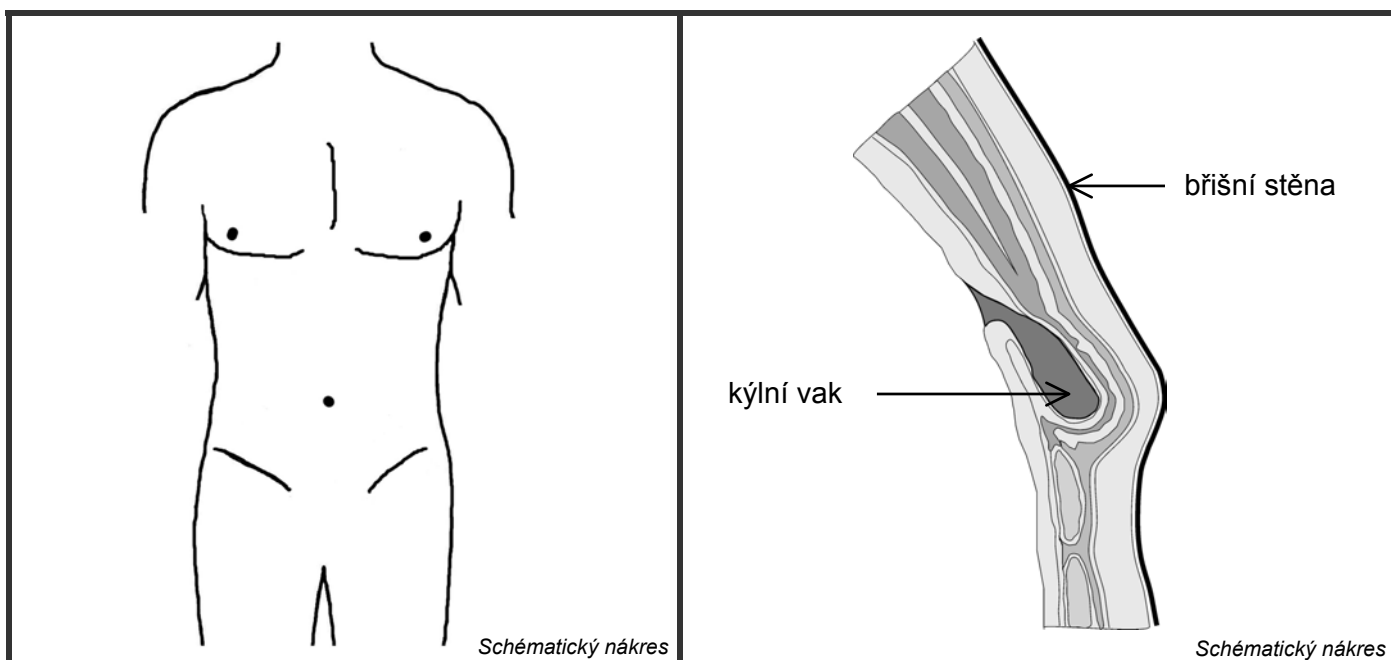
<h2 style="color: blue;">Kýla v jizvě</h2>	Zdravotnické zařízení:
	Pacient: Jméno, příjmení:..... Rodné číslo:.....
Diagnóza:	

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 nálezu vytvoření dočasného 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