



Nemocnice Tábor a.s.
Chirurgické oddělení

Informovaný souhlas o operaci sinu pilonidálního

Příjmení a jméno pacientky/pacienta

Lékař, který provedl poučení:

Dnešního dne jsem byl lékařem poučen o zdravotním výkonu, který mi má být proveden.

Účelem tohoto zdravotního výkonu je: **odstranění pilonidální cysty**

Sinus pilonidalis: vytvoří se kanálek v kůži a podkoží v oblasti kostrče, kam se dostávají přes kůži při sezení chlupy a pot, vznikala často u řidičů, zejména řidičů džípů, proto se tomu také říká „džipová nemoc“. Jedná se o získanou chorobu. Další nemoc v stejné lokalizaci je dermoidální cysta. Je to vývojová vada, v cystě mohou být zbytky různých orgánů (zub, chrupavka, kost). Je to onemocnění mladých lidí od 15 do 30 let. Vzniku choroby nelze zabránit, čím dříve se operuje, tím lépe.

Operace pilonidální cysty bude probíhat takto:

Operace se provádí v celkové anestezii, spočívá v odstranění ložiska v klidné fázi choroby a sešití kůže k sobě, do rány s vkládá drenáž.

Možná pooperační komplikace a rizika operace

1. méně častá komplikace je **krváčení**
2. **zánět v ráně a rozpad operační rány.**

Pooperační péče: ležet na břiše a na bocích (zabránit krváčení a zánět v ráně), tlumit bolest analgetiky, převazy, kontrola rány

Léčení sinu pilonidálního je jenom operační, jiné řešení neexistuje. Neléčený sinus pilonidalis se zvětšuje, probíhají v něm časté záněty na kostrči, mohou se tvořit píštěle s konečnickem a kosti.

Beru na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu budu omezen v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti. **Pracovní neschopnost a rekonvalescence zaleží na hojení operační rány obvykle trvá 3-5 týdnů.**

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu, který je popsán v přiložené příloze.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

V Táboře dne

Vlastnoruční podpis pacienta

Podpis lékaře, který poučení provedl: