



ORL oddělení

Identifikace pacienta:

Informovaný souhlas

Odstranění střední krční cysty

Vážený paciente,

na základě provedených vyšetření u Vás byla stanovena diagnóza střední krční cysty. Jedná se o vývojový pozůstatek štítné žlázy z doby nitroděložního života. Jde o nezhoubné onemocnění. Nezaniklý kanálek se může po narození infikovat se vznikem cysty, která se projeví většinou jako nebolestivé zduření mezi jazyčkou a hrtanem ve střední čáře krku. V případě píštěle je vytvořeno zevní ústí ve formě drobného kožního kanálku s občasným výtokem hlenu.

Léčba spočívá v operačním odstranění zmíněné cysty či píštěle i s tělem jazyčky, která bývá s cystou spojena a pokud se neodstraní, hrozí riziko opakování píštěle a cysty.

Operace probíhá v celkové anestezii asi 45-60 minut. Po operaci bývají polykací bolesti, které se tlumí běžnými analgetiky.

Mezi možné komplikace operace patří krevní výron v ráně s možným otokem a zúžením dýchacích cest. Z těchto důvodů se v ráně ponechává dren 4-5 dní. Rána se sešívá tzv. intradermálním plastickým stehem, aby se předešlo viditelné jizvě. Mezi další komplikace patří infekce v ráně a poranění dýchacích cest. Z těchto důvodů trvá hospitalizace 6-7 dní. Steh odstraňujeme 7. až 10. pooperační den.

Délka pracovní neschopnosti se pohybuje mezi 2-3 týdny v závislosti na charakteru zaměstnání a průběhu hojení.

Toto onemocnění nemá jinou volbu léčby než operační řešení.

Po operaci a zhojení nedochází k omezení běžného způsobu života ani pracovní schopnosti. Pokud dojde k úspěšnému zhojení, není již dále nutné dispenzární sledování.

Za poskytnutou péči je vám odpovědné ORL oddělení NT+, autor výkonu se vám představí před operací.

Pacient **souhlasí / nesouhlasí** s přítomností osob získávajících odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (žáci zdravotnických škol, studenti medicíny, apod.) při zákroku a zároveň **souhlasí / nesouhlasí** s tím, aby osoby získávající odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání mohly nahlížet do zdravotnické dokumentace v nezbytně nutném rozsahu. Všechny tyto osoby jsou povinny o zjištěných skutečnostech zachovávat mlčenlivost.

Pacient **souhlasí / nesouhlasí** s možným uveřejněním údajů, které byly vyšetřením či léčením onemocnění pacienta získány, ve vědeckých publikacích.

Pacient potvrzuje, že poučení mu bylo níže podepsaným lékařem osobně a ústně vysvětleno, že měl čas a možnost je uvážit, porozuměl mu a měl i možnost klást doplňující otázky, které mu byly zodpovězeny.

S výkonem souhlasím.

Místo podpisu:

Datum a čas:

Podpis a jmenovka lékaře:

Podpis pacienta: