

Oddělení ORL

Identifikace pacienta:

Informovaný souhlas s odstraněním nádorku v dutině ústní

Vážený paciente, váš lékař Vás objednal k odstranění nádorku v dutině ústní.

Výkon se provádí v místním nebo celkovém znecitlivění v závislosti na velikosti odstraňované tkáně a jejímu umístění. Drobné rány se uzavírají prostým uvolněním a sešitím okrajů rány. U rozsáhlejších výkonů je nutné zakrytí rány posunutým lalokem sliznice z okolí. Ve zvláštních případech překrýváme vzniklou ránu volným lalokem i ze vzdálenějších míst těla. V pooperačním období bude váš ošetřující lékař ránu dle potřeby převazovat.

Mezi pooperační komplikace patří možné zanícení rány s následným prodlouženým hojením a krvácení. U posunutých laloků může dojít až k odhojení voperované tkáně.

U všech vyoperovaných tkání provádíme histologické vyšetření. Lékař Vás bude o výsledku informovat buďto ještě za hospitalizace nebo při kontrole na ORL ambulanci. V závislosti na povaze nádorku provádíme také pravidelné pooperační kontroly v naší ambulanci..

Alternativní způsob léčby v případě diagnostiky zhoubného onemocnění je záření. Tento druh léčby doporučuje onkologický team jako první modalitu léčby či jako doplnění předchozí chirurgické léčby, po stanovení histologické podstaty nádorku tj. zda je k záření citlivý. Také jako jediný způsob léčby je indikováno u pokročilých, neoperabilních nádorů. U všech slizničních nádorů dutiny ústní preferujeme jejich kompletní odstranění s bezpečnostním lemem.

Po zhojení byste neměl být omezen v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti. Léčba a prognóza závisí na výsledku histologického vyšetření.

Za poskytnutou péči je Vám odpovědné ORL oddělení NT a.s., lékař, který bude výkon provádět se Vám představí před výkonem.

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: ORL odd.

Datum a čas: