



Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FN Motol  
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE  
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, IČ: 00064203

Identifikační štítek pacienta

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM ROBOTICKY ASISTOVANÝ RESEKČNÍ VÝKON (TORS) V OBLASTI OROFARYNGU, HYPOFARYNGU A HRTANU

- vpravo
- vlevo
- oboustranně

### 1. Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu (zdůvodnění/indikace):

- Tumor tonzily patrové
- Tumor kořene jazyka
- Tumor vchodové části hrtanu (supraglotis)
- Tumor dolní části hltanu (hypofarynx)
- Retrofaryngeální metastáza
- Karcinom neznámé primární lokalizace – resekce tkáně patrové a jazykové tonzily
- Parafaryngeální tumor
- Hypertrofie tkáně jazykové tonzily u pacientů se syndromem obstrukční spánkové apnoe (OSAS)

### 2. Informace o potřebném zdravotním výkonu (o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích):

Výkon bude proveden v celkové anestezii, intubace je prováděna přes dutinu nosní, pokud toto nebude možné pak klasicky přes dutinu ústní. V případě obtíží se zajištěním dýchacích cest může být pacientovi provedena tracheotomie – zavedení dýchací rourky přes přední část krku přímo do průdušnice. Polykání po operaci bude zhoršeno, pacient bude proto zajištěn vyživovací cévkou zavedenou do jícnu nebo žaludku přes dutinu nosní. Dle typu operačního výkonu se postup mírně liší, společné je jeho provedení přes přirozený vstup dutinou ústní:

- **Radikální laterální orofaryngektomie/tonzilektomie** – řez vedený dle rozsahu tumoru, první předním patrovým obloukem, obkružuje oblast lůžka patrové mandle, spolu s mandlí je odstraněna i svalovina, která lůžko odděluje od hlubších krčních prostor. Operace může být částečně rozšířena i na oblast kořene jazyka.
- **Resekce lingvální (jazykové) tonzily** –resekční linie procházející kořenem jazyka pod linií hrazených papil, odstraněna je buď pouze lymfatická tkáň jazykové mandle nebo je řez veden i vrstvou svaloviny jazyka. O rozsahu operace rozhoduje šíření a velikost nádoru.
- **Supraglotická transorální laryngektomie** – resekce horní části hrtanu, může být spojena s částečným odstraněním jazykové tonsily.
- **Exstirpace tumoru parafaryngeálního prostoru** – řez vedený kolem mandle, po jejím odklopení je uvolněn nádor uložený v tukové tkáni krčního prostoru parafaryngu.

Po výkonu je pacient umístěn na monitorované lůžko (zpravidla JIP). Příjem stravy přes dutinu ústní se obnoví dle rozsahu výkonu, při resekcích malého rozsahu již večer v den operačního výkonu.

Po stabilizaci stavu se pacient vrací zpět na standardní oddělení. Hospitalizace v nekomplikovaných případech trvá 7-9 dnů. Plná obnova polykání se dá očekávat v odstupu 2-6 týdnů, kvalita polykání však závisí na rozsahu provedeného výkonu.

Odstranění tracheostomické kanyly se provádí většinou časně, pouze v případech omezení průsvitu dýchacích cest a riziku aspirace se ponechává tracheostomie založená delší dobu.

### **3. Rizika zdravotního výkonu:**

Zejména krvácení z operační rány časně či pozdní se vyskytuje u cca 4-9 % operovaných pacientů. V případě lehké formy krvácení je možné jej řešit konzervativně (pouze léky), u krvácení z větších cév je nutná chirurgická revize.

Otok měkkých tkání v operované oblasti je zřídka komplikací, vyžaduje buď konzervativní terapii s podáním kortikoidů systémově, v krajních případech je nutno při hrozícím dušení pacienty zajistit tracheostomií nebo intubací.

Infekční komplikace vyžadují antibiotickou terapii, antibiotika jsou u většiny pacientů podávána již těsně před operací a během ní.

### **4. Alternativy zdravotního výkonu:**

Chirurgické přístupy zevní (laryngotomie, parciální laryngektomie) nebo nechirurgická onkologická terapie (ozařování samotné nebo spojené s chemoterapií), s pacienty vždy probráno v rámci indikace výkonu.

### **5. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:**

*Předpokládaná doba hospitalizace:* 5-10 dnů.

*Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):* 14–60 dnů

*Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:*

- Někteří pacienti jsou nuceni si upravovat stravu na požadovanou konzistenci dle možností a kvality polykání.
- V časném pooperačním období omezení fyzických aktivit.

*Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:* nejsou

### **6. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):**

Pooperačně klidový režim, nutno dodržovat po dobu cca 21 dnů, omezení fyzických aktivit po stejnou dobu. Dietní opatření zahrnují nedráždivou stravu, úpravu její konzistence (spíše kašovitá strava nebo strava měkčená - haše). Vyvarovat se horkých nápojů. Při ambulantní kontrole bude sdělen výsledek histologického vyšetření a stanoven další postup.

#### **Prohlášení lékaře:**

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a o jeho zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby jím zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace. Pacient/zákonný zástupce pacienta byl seznámen s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita.

V Praze, dne.....20..... v.....hod. ....

**Podpis a jmenovka lékaře**

#### **Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:**

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl/a jsem jím a měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu/souhlasím s provedením výkonu u osoby mnou zastupované, případně s použitím uvedené anestezie (sedace), včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékaři sdělil/a všechny mně známé okolnosti, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Jsem si vědom/a, že tento svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

**Pro zákonného zástupce pacienta:**

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý). *Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:*

.....

V Praze, dne.....20..... v.....hod. ....

**Podpis pacienta\* /zákonného zástupce**

**Identifikace zákonného zástupce:**

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: ..... Vztah k pacientovi: .....

**Podpisová doložka svědka:**

.....  
Důvod nepodepsání, nemůže-li se pacient podepsat

.....  
Způsob, jakým pacient projevil vůli

.....  
Jméno a příjmení svědka

.....  
Podpis svědka

\* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.