

## Resutura operační rány

### Pacient (štítek)

---

Jméno a příjmení:

---

Rodné číslo:

Bydliště:

---

### Zákonný zástupce

---

Jméno a příjmení:

Datum narození:

---

### Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

v předkládaném formuláři si přečtete informace o resuturě operační rány.

Pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohl(a) rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení.

### Co je resutura operační rány:

Resutura operační rány je chirurgický výkon na operačních ranách, které byly rozpuštěny, či se rozpadly v pooperačním průběhu. Jedná se o znovu sešití.

### Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Důvodem resutury operačních ran je urychlení a zkvalitnění hojení rozpuštěné či rozpadlé operační rány.

### Jaký je režim pacienta před výkonem:

Po dobu minimálně 6 hodin před výkonem nemůžete přijímat tekutiny a stravu. Dle klinického stavu může být předoperačně podáváno antibiotikum. Dle stavu výživy a hydratace aplikována infuzní terapie.

### Jaký je postup při provádění výkonu:

Chirurgický výkon je prováděn na operačním sále. Provádí se buď v celkové, nebo místní anestezii v závislosti na rozsahu rozpadu operační rány či jejího rozpuštění. Principem výkonu je opět sblížení okrajů operační rány (po oživení okrajů) a jejich sešití v případech:

- kdy se jedná o rozpuštění jen kůže s podkožím
- kdy je rozpuštěna i povázka
- kdy je u ran na břicho rozpad rány i s pobříšnicí

### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Alergické reakce, krvácení z operační rány, infekce, hnisání, rozpad rány, dechové komplikace, trombembolie.

### Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Režim po operaci se odvíjí od operačního průběhu, operačního nálezu a dalších přidružených onemocnění. Můžete být sledován na jednotce intenzivní péče (JIP) nebo

oddělení Anesteziologie a resuscitace (ARO). Operační rána může být drénována. Mohou být pooperačně podávána antibiotika, infuzní terapie, krevní převody.

**Jaké jsou možné alternativy výkonu:**

Ponechání hojení per secundam, s důsledky keloidních jizev, při dlouhodobém hojení dále vytvoření kýl v jizvě.

**Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Byly mi vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá, a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). Lékařem jsem byl(a) poučen(a) o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.**

**S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.**

**Datum:**

\_\_\_\_\_  
Podpis pacienta nebo zákonného zástupce

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis ošetřujícího lékaře, který vysvětluje pohovor provedl

**Pacient(ka) není schopen(a) podpisu. Svůj souhlas vyjádřil(a):**

popište způsob:

\_\_\_\_\_  
Jméno, příjmení a podpis svědka

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře