



**OB Zabok i bolnica hrvatskih veterana
Služba za kirurgiju**

Pročelnica kirurške službe prim. Ana Dimova, dr. med., spec. opće i abdominalne kirurgije

Obavijest bolesniku o operacijskom postupku

**OBJAŠNJENJE I PISMENI PRISTANAK BOLESNIKA NA OPERACIJSKO LIJEČENJE -
OPERACIJA TVORBE NA VRATU**

SADRŽAJ OBAVIJESTI

Indikacije za ove operacije jesu postranične ciste na vratu (najčešće **branhogene**), ciste u sredini vrata (**ciste duktusa tireoglosusa**), ciste koje mogu zahvatiti cijeli vrat (**higromi**) te **dobroćudni i zloćudni** tumori i **limfni čvorovi**.

Anestezija - Operacija se izvodi u općoj endotrahealnoj anesteziji.

Operacija cisti vrata se izvodi kroz vanjsku stranu vrata, rezom kroz kožu se dođe do ciste koja se odstrani te se na njeno mjesto stavlja dren koji će izvlačiti nakupljenu krv i limfnu tekućinu. Uz operaciju ciste u sredini vrata najčešće se uklanja i dio jezične kosti radi sigurnosti i sprječavanja ponovnog stvaranja ciste.

Operacija limfnih čvorova vrata može uključivati samo dio čvorova jedne strane vrata ili sve čvorove s jedne ili obje strane vrata uključujući i podčeljusne pljuvačne žlijezde te ponekad i sternokleidomastoidni mišić, unutrašnju jugularnu venu te živac akcesorius u ovisnosti o proširenosti zloćudne bolesti.

Komplikacije

- Krvarenje iz operiranog područja koje zahtijeva reoperaciju (zaustavljanje krvarenja) i transfuziju.
- Ozljeda nekih živaca na vratu kao što su: ozljeda povratnog živca i posljedična promuklost; ozljeda marginalnog živca (4. grane facijalnog živca) s posljedičnom kljenuti usnog kuta; ozljeda vagalnog živca koja može trajno dovesti do sistemskih neuroloških poremećaja; ozljeda simpatičkog živca koja može imati trajne neurološke poremećaje (djelomična spuštenost vjeđe – ptoza, uska zjenica – mioza, upadanje očne jabučice u očnu šupljinu – enoftalmus).
- Upale u postoperacijskom tijeku koje zahtijevaju antibiotsko ili kirurško liječenje.
- Ožiljne promjene na mjestu reza koje mogu estetski nagrđivati bolesnika.

Bilo koja opća komplikacija (infekcija ili krvarenje) može dovesti do navedenih posljedica. Neliječena bolest također može dovesti do sličnih posljedica.

Potvrđujem kako sam upoznat/a s prirodom svoje bolesti, osnovnim načinima liječenja, razlogom za kirurško liječenje i s rizicima operacije.

Pojava komplikacije može zahtijevati novi, prošireni operacijski zahvat, s čime sam također upoznat/a.

Pristajem na to da se materijali dobiveni u tijeku moga liječenja (npr. tkivo, fotografije, video) koriste u znanstvene, stručne i edukativne svrhe, uz zaštitu mog identiteta.

 Opća bolnica Zabok i bolnica hrvatskih veterana	Informirani pristanak – operacija tvorba na vratu	KIR-OBR.75
		Rev. 0
		05.05.2026.
		List: 2/2

Posebne napomene bolesnika ili liječnika vezane za operacijski zahvat (npr. nepristajanje na transfuziju, proširenje zahvata i sl.):

MOGUĆNOST ZAMJENE ZA PREPORUČENI POSTUPAK

Kod stanja u kojima je indicirana operacija tvorbe na vratu nema adekvatne zamjene konzervativnim mjerama. U slučaju ne obavljanja preporučenog operativnog zahvata značajno raste rizik od razvoja i širenja bolesti i kompresije na susjedne strukture (u prvom redu dušnik i posljedično tome otežano disanje, jednjak - otežano gutanje i velike krvne žile vrata - usporen protok krvi), ali i širenja i metastaziranja osnovne bolesti na susjedna i udaljena područja ako je osnovna bolest zloćudna.

IZJAVA BOLESNIKA

Liječnik me upoznao s mojim zdravstvenim stanjem, preporučenim postupkom liječenja i eventualnim rizicima, uključujući i rizike koji su specifični, obzirom na moje zdravstveno stanje, a isto tako na rizike koji se u navedenoj situaciji najčešće pojavljuju. Izjavljujem kako sam bio/bila u mogućnosti postavljati pitanja i konzultirati se s liječnikom glede svoga zdravstvenog stanja, navedenog postupka, eventualnih rizika liječenja te sam izabrao/izabrala gore navedeni postupak. Moja pitanja i nedoumice vezane uz navedeni postupak liječenja objašnjene su mi na zadovoljavajući i razumljiv način te sam u potpunosti shvatio/shvatila preporučeni postupak i sve rizike koje on nosi.

Potpis liječnika: _____

Datum i vrijeme: _____

Ime i prezime bolesnika/skrbnika: _____

Potpis bolesnika/skrbnika: _____

Datum i vrijeme: _____