



Informovaný souhlas pacienta/zákonného zástupce

FESS, FEELS OPERACE

**(Funkční endoskopická chirurgie vedlejších nosních dutin,
endoskopická nosní polypektomie laserem nebo plasmou asistovaná)**

Vedoucí lékař: primář MUDr. Tomáš Fořt

Zástupce primáře: MUDr. Vladimír Prokop

Vedoucí lékař anesteziologie: MUDr. Roman Baláž

Pacient:

Jméno a příjmení: _____ R. Č.: _____

Zákonný zástupce pacienta:

Jméno a příjmení: _____ R. Č.: _____

I. Informace o povaze onemocnění:

Nosní polypy a zduřelé nosní sliznice způsobují poruchy nosního dýchání, omezují filtrační funkci nosní a mohou být příčinou poruch dýchání ve spánku. Též vytváří infekční ložisko v horních dýchacích cestách. Polypy omezují ventilační funkci vedlejších nosních dutin a způsobují chronický zánět.

II. Informace o léčebném výkonu:

Operace se provádí v lokální nebo celkové anestezii. Lehčí zákroky v analgosedaci. Po uvedení pacienta do spánku se zavede do dýchacích cest intubační rourka (v případě celkové anestezie). Poté se endoskopickými nástroji a shaverem vyjmou nosní polypy a zprůchodní se vedlejší nosní dutiny. Laserem operační ránu pouze začistíme. Na závěr se vloží do nosních průchodů šetrná nosní tamponáda s antibiotickou mastí. Pobyť na operačním sále trvá do 1 hodiny. Poté následuje převoz na pooperační pokoj. Zde jsou monitorovány životní funkce. Pacient zde zůstává 1-2 hodiny po operaci. U složitějších operací možno přespat do druhého dne.

III. Rizika výkonu (obecná, individuální):

Existuje riziko pooperačního časného nebo pozdního (5.-8. den) krvácení, zejména pokud by klient užíval léky s kyselinou salicylovou či heparinové léky. Operační rána se vždy hojí mírným zánětem. Riziko celkové anestezie stoupá s věkem a závažností dalších onemocnění pacienta a zahrnuje v sobě i možné nepředvídatelné reakce organismu na podávání medikamentů a další procedury spojené s výkonem v celkové anestezii.

IV. Alternativy výkonu:

Kortikoidní, antialergická, imunologická terapie. Výhodou je možnost neinvazivní léčby. K operaci se přistupuje po vyčerpání možnosti konzervativní terapie na doporučení specialisty ORL. Při odmítnutí terapie hrozí infekční komplikace, eventuálně rozvoj astmatických obtíží.

V. Odpovědi na doplňující otázky pacienta/zákonného zástupce:

(případně uvést, že pacient žádné doplňující otázky neměl)

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce srozumitelným způsobem informoval o plánovaném operačním zákroku, a to včetně upozornění na možné komplikace. Pacient/zákonný zástupce byl též seznámen s plánovaným způsobem anestezie včetně upozornění na možné komplikace spojené s tímto výkonem.

Datum: _____

MUDr.: _____ Podpis lékaře: _____

Souhlas pacienta / zákonného zástupce:

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně informován o plánovaném zákroku včetně anestezie, a to včetně upozornění na možné komplikace. Byly mi zodpovězeny mé doplňující dotazy (pokud byly položeny). Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením operačního zákroku s použitím popsané anestezie, a to včetně provedení dalších výkonů a opatření, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo zdravotní stav a život.

Byl jsem lékařem informován o možnosti léčby ve variantě základní i o variantě ekonomicky náročnější, neboť léčba onemocnění umožňuje volbu jedné z variant.

Zvolil jsem si ekonomicky náročnější variantu léčby a souhlasím s doplatkem _____ Kč, což potvrzuji svým podpisem.

Nezvolil jsem si ekonomicky náročnější variantu léčby.

Datum: _____

Podpis pacienta nebo zákonného zástupce: _____

Otec: _____ Matka: _____