



Informovaný souhlas pacienta/zákonného zástupce

FRENULECTOMIE

(Odstranění podjazykové nebo retní uzdičky)

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:

Zkrácená podjazyková uzdička působí špatné polykání dětí a logopedické poruchy. Zkrácená horní retní uzdička působí špatné sání kojenců, event. působí stomatologické problémy.

II. Informace o léčebném výkonu:

Operace se provádí nejčastěji u dětí, a to v celkové anestezii. Pacient je uveden do spánku podáním anestetik injekcí do žíly či inhalací netoxických inhalačních anestetik. Pobyť na operačním sále trvá do 10 minut. Uzdička se odpaří diodovým laserem o výkonu do 25 W. U složitějších případů je nutno uzdičku chirurgicky vytnout a následně defekt sliznice sešít. Dítě je po probuzení předáno rodičům, kteří společně se zdravotní sestrou zajišťují pooperační dohled. Na pooperačním pokoji jsou monitorovány životní funkce dítěte dítě, kde zůstává cca 1-2 hodin po operaci. Rodiče dbají pokynů ošetřujícího personálu.

III. Rizika výkonu (obecná, individuální):

Existuje riziko pooperačního časného krvácení či bolestivosti. Operační rána se vždy hojí mírným zánětem. Může dojít k extrakci mléčných zubů. 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. 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 potvrzují svým podpisem.

Nezvolil jsem si ekonomicky náročnější variantu léčby.

Datum: _____

Podpis pacienta nebo zákonného zástupce: _____

Otec: _____ Matka: _____