



Informovaný souhlas pacienta/zákonného zástupce

KOREKCE PERFORACE NOSNÍ PŘEPÁŽKY **(Operativní zakrytí perforované nosní přepážky)**

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:

Perforace nosní přepážky vzniká jako komplikace plastické operace nosní přepážky, po úraze, po zvýšeném užívání drog aplikovaných na nosní sliznici (kokain) nebo z nezjištěných příčin.

II. Informace o léčebném výkonu:

Operace se provádí v celkové anestezii. Po uvedení pacienta do spánku se zavede do dýchacích cest intubační rourka. Poté se vytvoří slizniční nosní laloky, kterými se překryje perforace nosní přepážky a následně se defekt sešije. Na závěr se vloží do nosních průchodů šetrná nosní tamponáda s antibiotickou mastí. Pobyť na operačním sále trvá do 2 hodin. Poté následuje převoz na pooperační pokoj. Zde jsou monitorovány životní funkce. Pacient zde zůstává 2-6 hodiny po operaci.

III. Rizika výkonu (obecná, individuální):

Existuje riziko pooperačního časného nebo pozdního (5.-8. den) krvácení, zejména pokud by pacient užíval léky s kyselinou salicylovou či heparinové léky. U žen může způsobit krvácení probíhající menstruace. Operační rána se vždy hojí mírným zánětem, neboť nosní dutina není sterilní a obsahuje i fyziologické bakterie. Existuje riziko nepřihojení štěpu na perforaci. 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:

Alternativou operace je zavedení septálního knoflíku (septal button), který má však riziko špatné snášenlivosti a tvorby kolaterálního zánětu. Nejsou známy konzervativní alternativy výkonu. Při odmítnutí operace hrozí rozvoj chronické atrofické rýmy s tvorbou krust.

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: _____