



Informovaný souhlas pacienta/zákonného zástupce

MUKOTOMIE

(Laserová nebo radiofrekvenční redukce objemu dolních skořep)

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:

Zduřelé nosní skořepy při chronických rýmách způsobují špatnou nosní průchodnost, horší filtraci vdechovaného vzduchu, recidivující záněty dutin, chrápání. Rovněž pacienti, kteří nadměrně užívají nosní kapky typu Sanorin, Nasivin, Olynth, Vibrocil či Muconasal plus, trpí ucpaným nosem. Vytvořili si totiž na tyto nosní kapky návyk. Všechny tyto stavy odstraní šetrná mukotomie.

II. Informace o léčebném výkonu:

Operace se provádí v lokální nebo celkové anestezii. Při celkové anestezii se po uvedení pacienta do spánku zavede do dýchacích cest intubační rourka. Pod endoskopickou kontrolou se radiofrekvenčním proudem nebo laserem redukuje podkožní vazivo z dolních skořep. Při tomto zákroku není nutná tamponáda, neboť je nekrvavý. Pobyť na operačním sále trvá do 1 hodiny. Poté následuje převoz na pooperační pokoj, kde pacient zůstává maximálně 1 hodinu. Zde jsou monitorovány životní funkce.

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. U žen může způsobit krvácení probíhající menstruace. Operační rána se vždy hojí mírným zánětem a tvorbou strupů zvláště na dolních skořepách, neboť nosní dutina není sterilní a obsahuje i fyziologické bakterie. 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: _____