



Informovaný souhlas pacienta / zákonného zástupce

## **RHINOSEPTOPLASTIKA**

### **(Plastická operace nosu a 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:**

Vybočená nosní přepážka ať vrozeně či poúrazově způsobuje špatnou nosní průchodnost, horší filtraci vdechovaného vzduchu, recidivující záněty dutin, chrápání. Deviace přepážky je často spojena s vrozeným či poúrazovým vybočením celého nosního skeletu, vznikem nosních hrbů. Rovněž stavy po předchozích operacích v oblasti septa a nosní pyramidy jsou příčinou špatného nosního dýchání či kosmetických defektů.

### **II. Informace o potřebném léčebném výkonu:**

Operace se provádí většinou v celkové anestezii. Po uvedení pacienta do spánku se zavede do dýchacích cest intubační rourka. Poté se endoskopickými nástroji plasticky modeluje nosní přepážka a osteotomem se nařezává nosní skelet. Někdy se laserem doplní výkon o laserovou mukotomii. Existují dvě techniky výkonu. Při zavřené technice je operační řez veden ve vchodu nosním, při otevřené technice je nutný malý nářez nosní kolumely, který však není kosmeticky patrný. Na závěr se vloží do nosních průchodů šetrná nosní tamponáda s antibiotickou masťou a zevně se nos kryje dlahou, která zůstává 14 dní. Pobyť na operačním sále trvá 1-3 hodiny podle závažnosti defektu. Poté následuje převoz na pooperační pokoj, kde jsou monitorovány životní funkce. Klient zde zůstává 2-4 hodiny po operaci, u delších anestéziích je možnost přespání 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. U žen může způsobit krvácení probíhající menstruace. Operační rána se vždy hojí mírným zánětem, neboť nosní dutina není sterilní a obsahuje 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. Výsledek operace záleží na individuálním hojení.

#### **IV. Alternativy výkonu:**

Kortikoidní, antialergická, imunologická terapie. Výhodou je možnost neinvazivní léčby. K operaci se přistupuje po vyčerpání možností 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: \_\_\_\_\_