



Informovaný souhlas pacienta/zákonného zástupce

## **TONSILOTOMIE**

### **(Zmenšení krčních mandlí laserem nebo plazmovou koblací)**

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:**

Zvětšené krční mandle způsobují chrápání a spánkové poruchy dýchání u dětí, které negativně ovlivňují vývoj a prospívání dítěte. Apnoické pauzy způsobují nedostatečné okysličování krve. Redukcí objemu krčních tonsil laserem nebo plazmou se zlepší průchodnost dýchacích a polykacích cest.

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

Operace se provádí v celkové anestezii. Pacient je uveden do spánku podáním anestetik injekcí do žíly či inhalací netoxických inhalačních anestetik. Po usnutí pacienta a zavedení dýchací rourky do průdušnice se do dutiny ústní zavede rozvěrač a krční mandle se laserem, který funguje jako nekrevavý skalpel, nebo plazmou zarovná na úroveň patrových oblouků. Zbytek tonsily (30-50 %) se v lůžku ponechá jako důležitá součást imunitního systému. Zmenšené tonsily jsou pak naprosto funkční jako doposud. Po operaci, která trvá asi 20 minut, se pacient převezve na pooperační pokoj, kam mohou být po probuzení přivzváni rodiče, jedná-li se o dětského pacienta. Na pooperačním pokoji jsou monitorovány životní funkce pacienta a zůstává zde cca 2-6 hodin po operaci. První pooperační den doporučujeme pobývat v dosahu cca do 30 minut od našeho pracoviště pro případ časného krvácení, které se statisticky vyskytuje v 1 % případů.

### **III. Rizika výkonu (obecná, individuální):**

Existuje riziko pooperačního časného nebo pozdního (5.-8. den) krvácení, zejména pokud by pacient užíval léky s kyselinou salicylovou. Operační rána se vždy hojí mírným zánětem. Může dojít k extrakci předních zubů při zavádění rozvěru či při intubaci. 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:**

Antibiotická léčba, alergologická a imunologická léčba. Výhodou je možnost neinvazivní léčby. Nevýhodou je malá efektivnost. K operaci se přistupuje po vyčerpání možností konzervativní terapie na doporučení specialisty ORL nebo pediatra. Při odmítnutí operace je dítě znevýhodněno nekvalitním spánkem, únavovými stavy a celkově horším zdravotním stavem.

#### **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: \_\_\_\_\_