



Informovaný souhlas pacienta/zákonného zástupce

## **EPISTAXE**

### **(Laserová, radiofrekvenční nebo bipolární terapie krvácení nosu)**

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:**

Krvácivé cévky na nosní sliznici. Morbus Rendu-Osler.

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

Operace se provádí v celkové nebo lokální anestezii. Pacient je uveden do spánku podáním anestetik injekcí do žíly či inhalací netoxických inhalačních anestetik. Po uspání pacienta a zavedení dýchací rourky do průdušnice se v nosních vchodech vytvoří kožní laloky, jejichž sešitím dojde k úplnému uzávěru nosní dutiny. Po probuzení je zajištěn pooperační dohled na pooperačním pokoji, kde jsou monitorovány životní funkce. Zde pacient zůstává po výkonu 2-3 hodiny. Operace při Morbus Rendu-Osler je specifická, vyžaduje uzavření nosních průchodů sešitím kůže a sliznice. Tato operace se provádí sporadicky.

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

Existuje riziko pooperačního časného nebo pozdního (5.-8. den) krvácení, zejména pokud pacient užíval léky s kyselinou acetylsalicylovou. Operační rána se vždy hojí mírným zánětem. 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. U žen může způsobit krvácení probíhající menstruace.

#### **IV. Alternativy výkonu:**

Hemokoagulační, decongescenční, vitaminová terapie. Výhodou je možnost neinvazivní léčby. K operaci se přistupuje po vyčerpání možností konzervativní terapie na doporučení specialisty ORL nebo pediatra. Při odmítnutí operace hrozí rozvoj anémie.

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