

Informovaný souhlas pacienta / zákonných zástupců se zákrokem:

## **ADENOTOMIE**

### **(Endoskopické, laserem asistované odstranění nosní mandle)**

Vedoucí lékař: primář MUDr. Tomáš Fořt

Vedoucí lékař anesteziologie: MUDr. Roman Baláž

Jméno a příjmení pacienta: \_\_\_\_\_ R. Č.: \_\_\_\_\_

#### **I. Informace o povaze onemocnění:**

Přebujelá lymfatická tkáň v nosohltanu může působit poruchy dýchání, spánku a řeči, ale též poruchu Eustachovy trubice, což může být příčina častých zánětů horních cest dýchacích nebo středního ucha. Důsledkem může být i nedoslýchavost.

#### **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 pod kontrolou optiky se kyretkou odstraní tkáň adenoidní vegetace a operační rána se komprimuje tamponem. Poté se zbylá tkáň odpaří vysokovýkonným diodovým laserem o výkonu až 25 W. Pobyt na operačním sále trvá do 30 minut. 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 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. K operaci se přistupuje po vyčerpání možností konzervativní terapie na doporučení specialisty ORL nebo pediatra. Při odmítnutí operace je dítě znevýhodněno špatným nosním dýcháním, hrozí častější záněty horních cest dýchacích, poruchy spánku i zdravého vývoje.

## 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.

Souhlasím s úhradou ceny jednorázového materiálu ve výši \_\_\_\_\_ Kč.

Datum: \_\_\_\_\_ Podpis pacienta: \_\_\_\_\_

*V případě nezpůsobilosti pacienta k právním úkonům je nutné, aby dokument podepsali jeho zákonní zástupci (Zpravidla jsou to oba rodiče, pokud není soudem určen jiný způsob zákonného zastoupení. Pak je nutné doložit příslušné soudní rozhodnutí).*

#### Zákonný zástupce 1:

Jméno a příjmení \_\_\_\_\_ R. Č. \_\_\_\_\_ Podpis \_\_\_\_\_

#### Zákonný zástupce 2:

Jméno a příjmení \_\_\_\_\_ R. Č. \_\_\_\_\_ Podpis \_\_\_\_\_