

Informovaný souhlas pacienta / zákonných zástupců se zákrokem:

ADENOTOMIE PLAZMOU

(Endoskopické odstranění nosní mandle plazmovou koblací)

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 šetrnou injekcí či inhalací netoxických inhalačních anestetik. Při tomto výkonu nepoužíváme ostré chirurgické nástroje na rozdíl od klasické adenotomie skalpelem či adenotomie laserem asistované, kde první fáze operace je prováděna kyretou. Po usnutí se pod kontrolou endoskopu šetrně odstraňuje přebujelá tkáň v nosohltanu plasmatickým polem, které se vytváří na konci sondy a ihned se plasma sondou staví krvácení a rozrušená tkáň se odstává. Výhodou této metody je, že se tkáň nosohltanu vystavuje teplu pouze 40-70° Celsia. Zrychluje se doba hojení, minimalizují se pooperační bolesti. Dokonaleji se odstraňuje hypertrofická nosní mandle v místech, kam nemůže při klasické metodě kyreta či laser. Netraumatizuje se ostrými nástroji spodina nosní mandle – vlastní tkáň nosohltanu, nevyvíjí se žádný tlak na krční páteř dítěte. Výkon trvá cca 20 minut. Na pooperačním pokoji jsou monitorovány životní funkce pacienta a ten zde zůstává cca 2-3 hodiny po operaci. Před propuštěním domů je pacient zkontrolován lékařem. Přínosem operace je zlepšení dýchání nosem, zlepšení řeči, ochrana před častými infekty (rýma, středoušní zánět).

III. Rizika výkonu (obecná, individuální):

Existuje jen velmi malé riziko pooperačního časného nebo pozdního krvácení a infekce rány. Zápach z nosu, pobolívání v krku je po této operaci normálním projevem hojení, jakož i přechodná vyšší teplota. Pouze při přetrvávání horečky a nepříznivém hojení více než 3 dny podáváme antibiotika. Někdy se vykytuje bolestivost šijových svalů a svodných lymfatických uzlin. Je to reakce na anesteziologické látky a na hojivý zánět v operované oblasti. Zvracení, nechutenství je někdy možnou reakcí na anestezii. Je nutné sledovat příjem tekutin po operaci. Výjimečně je nutné podávat tekutiny nitrožilně. Může dojít k vyviklání mléčných řezáků při úvodu do anestezie. 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 ambulantní 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 _____