

Informovaný souhlas pacienta / zákonných zástupců se zákrokem:

## **FESS, FEELS OPERACE**

**(Funkční endoskopická chirurgie vedlejších nosních dutin, endoskopická nosní polypektomie laserem nebo plasmou asistovaná)**

Vedoucí lékař: primář MUDr. Tomáš Fořt

Vedoucí lékař anesteziologie: MUDr. Roman Baláž

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

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

Nosní polypy a zduřelé nosní sliznice způsobují poruchy nosního dýchání, omezují filtrační funkci nosní a mohou být příčinou poruch dýchání ve spánku. Též vytváří infekční ložisko v horních dýchacích cestách. Polypy omezují ventilační funkci vedlejších nosních dutin a způsobují chronický zánět.

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

Operace se provádí v lokální nebo celkové anestezii. Lehčí zákroky v analgosedaci. Po uvedení pacienta do spánku se zavede do dýchacích cest intubační rourka (v případě celkové anestezie). Poté se endoskopickými nástroji a shaverem vyjmou nosní polypy a zprůchodní se vedlejší nosní dutiny. Laserem operační ránu pouze začistíme. Na závěr se vloží do nosních průchodů šetrná nosní tamponáda s antibiotickou masťou. Pobyť na operačním sále trvá do 1 hodiny. Poté následuje převoz na pooperační pokoj. Zde jsou monitorovány životní funkce. Pacient zde zůstává 1-2 hodiny po operaci. U složitějších operací možno přespát 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. 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.

### **IV. Alternativy výkonu:**

Kortikoidní, antialergická, imunologická terapie. Výhodou je možnost neinvazivní léčby. K operaci se přistupuje po vyčerpání možnosti 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.

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 \_\_\_\_\_