

Informovaný souhlas pacienta / zákonných zástupců se zákrokem:

FRENULEKTOMIE

(Odstranění podjazykové nebo retní uzdičky)

Vedoucí lékař: primář MUDr. Tomáš Fořt

Vedoucí lékař anesteziologie: MUDr. Roman Baláž

Jméno a příjmení pacienta: _____ R. Č.: _____

I. Informace o povaze onemocnění:

Zkrácená podjazyková uzdička působí špatné polykání dětí a logopedické poruchy. Zkrácená horní retní uzdička působí špatné sání kojenců, event. působí stomatologické problémy.

II. Informace o léčebném výkonu:

Operace se provádí nejčastěji u dětí, a to v celkové nebo lokální anestezii. Pacient je uveden do spánku podáním anestetik injekcí do žíly či inhalací netoxických inhalačních anestetik. V případě lokálního umrtvení se aplikuje anestezie přímo na uzdičku. Pobyt na operačním sále trvá do 10 minut. Uzdička se odpaří diodovým laserem o výkonu do 25 W. U složitějších případů je nutno uzdičku chirurgicky vytnout a následně defekt sliznice sešít. Dítě je po probuzení předáno rodičům, kteří společně se zdravotní sestrou zajišťují pooperační dohled. Na pooperačním pokoji jsou monitorovány životní funkce dítěte dítě, kde zůstává cca 1-2 hodin po operaci. Rodiče dbají pokynů ošetřujícího personálu.

III. Rizika výkonu (obecná, individuální):

Existuje riziko pooperačního časného krvácení či bolestivosti. Operační rána se vždy hojí mírným zánětem, což se projevuje sliněním. Vytvoří se bílý fibrinový povlak, který se nesmí strhávat. Pacient může pít nebo kloktat odvar z heřmánku, event. potírat genciánovou violetí. V případě velkého otoku jazyka nebo nepřijímání tekutin je nutná kontrola druhý den ORL lékařem. Může dojít k extrakci mléčných zubů. 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:

Tento výkon nemá konzervativní alternativu.

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 _____