

Informovaný souhlas pacienta / zákonných zástupců se zákrokem:

KOREKCE PERFORACE NOSNÍ PŘEPÁŽKY

(Operativní zakrytí perforované nosní přepážky)

Vedoucí lékař: primář MUDr. Tomáš Fořt

Vedoucí lékař anesteziologie: MUDr. Roman Baláž

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

I. Informace o povaze onemocnění:

Perforace nosní přepážky vzniká jako komplikace plastické operace nosní přepážky, po úraze, po zvýšeném užívání drog aplikovaných na nosní sliznici (kokain) nebo z nezjištěných příčin.

II. Informace o léčebném výkonu:

Operace se provádí v celkové anestezii. Po uvedení pacienta do spánku se zavede do dýchacích cest intubační rourka. Poté se vytvoří slizniční nosní laloky, kterými se překryje perforace nosní přepážky a následně se defekt sešije. Na závěr se vloží do nosních průchodů šetrná nosní tamponáda s antibiotickou mastí. Pobyt na operačním sále trvá do 2 hodin. Poté následuje převoz na pooperační pokoj. Zde jsou monitorovány životní funkce. Pacient zde zůstává 2-6 hodiny po operaci.

III. Rizika výkonu (obecná, individuální):

Existuje riziko pooperačního časného nebo pozdního (5.-8. den) krvácení, zejména pokud by pacient užíval léky s kyselinou salicylovou či heparinové léky. U žen může způsobit krvácení probíhající menstruace. Operační rána se vždy hojí mírným zánětem, neboť nosní dutina není sterilní a obsahuje i fyziologické bakterie. Existuje riziko nepřihojení štěpu na perforaci. 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:

Alternativou operace je zavedení septálního knoflíku (septal button), který má však riziko špatné snášenlivosti a tvorby kolaterálního zánětu. Nejsou známy konzervativní alternativy výkonu. Při odmítnutí operace hrozí rozvoj chronické atrofické rýmy s tvorbou krust.

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 _____