

Informovaný souhlas pacienta / zákonných zástupců se zákrokem:

LAUPP OPERACE

(Laserová uvulopalatopharyngoplastika – odstranění chrápání způsobeného zvětšeným čípkem, krčními mandlemi nebo vlajícím měkkým patrem)

Vedoucí lékař: primář MUDr. Tomáš Fořt

Vedoucí lékař anesteziologie: MUDr. Roman Baláž

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

I. Informace o povaze onemocnění:

Zvětšený čípek, tonsily, eventuálně vlající měkké patro způsobují chrápání a výskyt apnoických pauz. V průběhu těchto pauz se mozek a důležité orgány zásobují nedostatečně okysličenou krví a zvyšuje se riziko cévních mozkových příhod a infarktu myokardu. Stav způsobuje denní spavost a podílí se na únavovém syndromu. Při těchto zákrocích je vhodná redukce nadváhy pacienta, zvýší se tím efekt operace.

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 laserem odstraní čípek a vlající měkké patro, eventuálně se zmenší krční mandle. Pobyt na operačním sále trvá do 30 minut. Poté následuje převoz na pooperační pokoj intenzivní péče. Zde jsou monitorovány životní funkce. Klient zde zůstává 1-2 hodiny po operaci.

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. U žen může způsobit krvácení probíhající menstruace. Operační rána se vždy hojí mírným zánětem a je bolestivá. Bolest se poté tlumí analgetiky. 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 u středně těžkých a těžkých apnoí je přístroj CPAP, který vhání do dýchacích cest pod tlakem vzduch. Výhodou je neinvazivní řešení, nevýhodou je nutnost aplikace přetlakové masky po dobu spánku.

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 _____