

Informovaný souhlas pacienta / zákonných zástupců se zákrokem:

MLS – PŘÍMÁ MIKROLARYNGOSKOPIE S ODSTRANĚNÍM LÉZE

(Odstranění patologických stavů na hlasivkách)

Vedoucí lékař: primář MUDr. Tomáš Fořt

Vedoucí lékař anesteziologie: MUDr. Roman Baláž

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

I. Informace o povaze onemocnění:

Patologické stavy hlasivek mohou být benigní nebo maligní povahy. Abychom to zjistili, musíme provést excizi léze v celkové anestezii. Tyto léze způsobují chrapot, škrábání v krku, event. krvácení z dýchacích cest nebo poruchy polykání.

II. Informace o léčebném výkonu:

Operace se provádí v celkové anestezii. Zákrok začíná podáním léků injekcí do žíly či inhalací netoxických inhalačních anestetik. Po uspání pacienta a zavedení dýchací rourky do průdušnice se do dutiny ústní a hrtanu zavede speciální tubus, kterým pod kontrolou mikroskopu odstraňujeme útvary na hlasivkách nebo v jejich okolí, event. injektujeme léky do hlasivek. Výkon trvá do 1 hodiny, pacient na pooperačním pokoji zůstává 2-6 hodin. Po výkonu je nutný hlasový klid 1 týden.

III. Rizika výkonu (obecná, individuální):

Existuje riziko pooperačního časného nebo pozdního (5.-8. den) krvácení, zejména pokud by se užívaly léky s kyselinou salicylovou. Operační rána se vždy hojí mírným zánětem. Může dojít k extrakci předních řezáků při zavádění tubusu či při intubaci. Po výkonu je normální chrapot cca 3 týdny. 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:

Histologická excize při tomto výkonu nemá alternativy. Vždy je nutno zjistit povahu tkáně. Při odmítnutí zákroku hrozí zhoršení dýchání, event. dušení, nebo i krvácivé komplikace. Po zákroku je nutno počítat se změnou barvy hlasu, jeho tónu, proto je důležité tento zákrok zvážit u hlasových profesionálů.

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 _____