

Informovaný souhlas pacienta / zákonných zástupců se zákrokem:

## MUKOTOMIE

### (Laserová nebo radiofrekvenční redukce objemu dolních skořep)

Vedoucí lékař: primář MUDr. Tomáš Fořt

Vedoucí lékař anesteziologie: MUDr. Roman Baláž

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

#### I. Informace o povaze onemocnění:

Zduřelé nosní skořepky při chronických rýmách způsobují špatnou nosní průchodnost, horší filtraci vdechovaného vzduchu, recidivující záněty dutin, chrápání. Rovněž pacienti, kteří nadměrně užívají nosní kapky typu Sanorin, Nasivin, Olynth, Vibrocil či Muconasal plus, trpí ucpaným nosem. Vytvořili si totiž na tyto nosní kapky návyk. Všechny tyto stavy odstraní šetrná mukotomie.

#### II. Informace o léčebném výkonu:

Operace se provádí v lokální nebo celkové anestezii. Při celkové anestezii se po uvedení pacienta do spánku zavede do dýchacích cest intubační rourka. Pod endoskopickou kontrolou se radiofrekvenčním proudem nebo laserem redukuje podkožní vazivo z dolních skořep. Při tomto zákroku není nutná tamponáda, neboť je nekrevavý. Pobyt na operačním sále trvá do 1 hodiny. Poté následuje převoz na pooperační pokoj, kde pacient zůstává maximálně 1 hodinu. Zde jsou monitorovány životní funkce.

#### 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 tvorbou strupů zvláště na dolních skořepách, neboť nosní dutina není sterilní a obsahuje i fyziologické bakterie. 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 \_\_\_\_\_