

Informovaný souhlas pacienta / zákonných zástupců se zákrokem:

## REPOZICE NOSNÍCH KŮSTEK

Vedoucí lékař: primář MUDr. Tomáš Fořt

Vedoucí lékař anesteziologie: MUDr. Roman Baláž

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

### I. Informace o povaze onemocnění:

Zárok se provádí v případě zlomeniny nosních kůstek.

### II. Informace o léčebném výkonu:

Zárok se provádí v celkové anestezii nebo analgosedaci. Při celkové anestezii se po uvedení pacienta do spánku zavede do dýchacích cest intubační rourka. Poté se manuálně či elevatorem provede repozice kostěných úlomků do správné pozice a fixuje se sádrovou dlažkou. Do nosu se někdy při krvácení dává přední tamponáda. Pobyť na operačním sále trvá 15-30 minut podle závažnosti defektu. Poté následuje převoz na pooperační pokoj, kde jsou monitorovány životní funkce. Klient zde zůstává 1-2 hodiny po operaci.

### III. Rizika výkonu (obecná, individuální):

K možným komplikacím patří krvácení z nosu či krevní výron v okolí nosních kůstek. U žen může způsobit krvácení probíhající menstruace. Operační rána se vždy hojí mírným zánětem, neboť nosní dutina není sterilní a obsahuje 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. Výsledek operace záleží na individuálním hojení.

### IV. Alternativy výkonu:

Při odmítnutí zákroků hrozí srůst kostí v nesprávné pozici a možné poruchy dýchání.

## 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 \_\_\_\_\_