

Informovaný souhlas pacienta / zákonných zástupců se zákrokem:

OPERACE RHINOPHYMY

(Operace zvětšené špičky nosu)

Vedoucí lékař: primář MUDr. Tomáš Fořt

Vedoucí lékař anesteziologie: MUDr. Roman Baláž

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

I. Informace o povaze onemocnění:

Onemocnění vzniká zbytněním mazových žlázek a podkožního vaziva na nosních křídlech a špičce nosu, někdy až monstrózních rozměrů. Pacient při pokročilém onemocnění nemůže dýchat nosem a stav je kosmeticky nepřijatelný.

II. Informace o léčebném výkonu:

Operace se provádí většinou v celkové nebo lokální anestezii. Po uvedení pacienta do lokální nebo celkové anestezie se zbytnělá část nosu šetrně seřízne radiofrekvenčním nožem nebo laserem. Vzniklá otevřená rána se kryje sterilními obklady. Operace trvá do 2 hodin, pacient stráví 2-6 hodin na pooperačním pokoji. U tohoto typu zákroku jsou nutné sterilní převazy obden. Operační rána se sama epitelizuje novotvořenou kůží. Tato kůže nikdy není plnohodnotná a je potřeba ji chránit před mrazem a sluncem. Hojení trvá 1-2 měsíce.

III. Rizika výkonu (obecná, individuální):

Existuje riziko pooperačního časného nebo pozdního (5.-14. 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 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:

Zatím neexistují konzervativní způsoby léčby. Doporučuje se omezit alkohol a káva.

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 _____