

Informovaný souhlas pacienta / zákonných zástupců se zákrokem:

SEPTOPLASTIKA

+ EVENT. LASEROVÁ MUKOTOMIE

(Operace nosní přepážky + event. 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:

Vybočená nosní přepážka ať vrozeně či poúrazově způsobuje špatnou nosní průchodnost, horší filtraci vdechovaného vzduchu, recidivující záněty dutin, chrápání. Rovněž zduřelé dolní skořepky nosní v důsledku chronické alergie či chladové rýmy zhoršují nosní ventilaci a způsobují návyk na nosní kapky.

II. Informace o léčebném výkonu:

Operace se provádí v celkové anestezii. Po uvedení pacienta do spánku se zavede do dýchacích cest intubační rourka. Poté se endoskopickými nástroji plasticky modeluje nosní přepážka a laserem se odpaří přebujelá nosní sliznice dolních skořep. Na závěr se vloží do nosních průchodů šetrná nosní tamponáda s antibiotickou masťou. Pobyť na operačním sále trvá do 1 hodiny. Poté následuje převoz na pooperační pokoj, kde jsou monitorovány životní funkce. Pacient zde zůstává 2-4 hodiny po operaci.

III. Rizika výkonu (obecná, individuální):

Existuje riziko pooperačního časného nebo pozdního (5.-8. 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 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 _____