

Informovaný souhlas pacienta / zákonných zástupců se zákrokem:

OPERACE EPISTAXE

(Laserová, radiofrekvenční nebo bipolární terapie krvácení nosu)

Vedoucí lékař: primář MUDr. Tomáš Fořt

Vedoucí lékař anesteziologie: MUDr. Roman Baláž

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

I. Informace o povaze onemocnění:

Krvácivé cévky na nosní sliznici. Morbus Rendu-Osler.

II. Informace o léčebném výkonu:

Operace se provádí v lokální anestezii, u dětí v celkové. Pacient je uveden do spánku podáním anestetik injekcí do žíly či inhalací netoxických inhalačních anestetik. Po usnutí pacienta se event. zavede dýchací rourky do průdušnice. Poté se laserem zataví rozšířené cévky nebo se použije bipolární koagulace. Na závěr se do nosu dá vstřebatelná tamponáda. V případě Morbus Rendu-Osler se v nosních vchodech vytvoří kožní laloky, jejichž sešitím dojde k úplnému uzávěru nosní dutiny (tato operace se provádí sporadicky). Po probuzení je zajištěn pooperační dohled na pooperačním pokoji, kde jsou monitorovány životní funkce. Zde pacient zůstává po výkonu 2-3 hodiny.

III. Rizika výkonu (obecná, individuální):

Existuje riziko pooperačního časného nebo pozdního (5.-8. den) krvácení, zejména pokud pacient užíval léky s kyselinou acetylsalicylovou. Operační rána se vždy hojí mírným zánětem. 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. U žen může způsobit krvácení probíhající menstruace.

IV. Alternativy výkonu:

Hemokoagulační, decongescenční, vitaminová terapie. Výhodou je možnost neinvazivní léčby. K operaci se přistupuje po vyčerpání možností konzervativní terapie na doporučení specialisty ORL nebo pediatra. Při odmítnutí operace hrozí rozvoj anémie.

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 _____