

Informovaný souhlas pacienta / zákonných zástupců se zákrokem:

NEUROLÝZA PNN

(Neurolýza posterior nasal nervu při chronické vodnaté rýmě)

Vedoucí lékař: primář MUDr. Tomáš Fořt

Vedoucí lékař anesteziologie: MUDr. Roman Baláž

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

I. Informace o povaze onemocnění:

Tento zákrok se provádí k omezení vodnaté nosní sekrece. Nezlepšuje nosní dýchání, pouze zmenšuje vodovou nosní sekreci.

II. Informace o léčebném výkonu:

Operace se provádí v lokální anestezii. Principem je přerušení větví PNN laserovým vláknem nebo radiofrekvenční sondou. Výkon trvá asi 10 minut, je nebolestivý a nekrvavý. Doba hojení je cca 14 dní. Doba pracovní neschopnosti je 1 den.

III. Rizika výkonu (obecná, individuální):

Existuje pouze malé riziko nosního krvácení, asi týden po výkonu se může vyskytnout pocit ucpaného nosu, který se dá řešit nosními kapkami.

IV. Alternativy výkonu:

Medikamentózní terapie nosními kortikoidy, která však bohužel nemá trvalý efekt.

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 _____