

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Aplikace botulotoxinu do hlasivky u spastické dysfonie

Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(a).

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byl lékařem indikován výše uvedený výkon.

Důvod a cíl operace:

Na základě odborného foniatrického vyšetření Vám byla stanovena diagnóza spastické dysfonie. Jedná se o neurologické onemocnění svalů hrtanu, kdy je narušená regulace hlasivek na úrovni nervově-svalového přenosu (chybí koordinace) a tyto nepracují správně. Výsledkem bývá porucha hlasu, charakter poruchy záleží od toho, které svaly hrtanu jsou postižené. Může se jednat o přerušovanou řeč, „tlačný“ (až skřípavý hlas) nebo slabý hlas. Cílem operace je aplikovat do hlasivky botulotoxin, který vyřadí z funkce nekoordinovaně se stahující hlasivky a tím zlepší hlas (hlas bude volnější, nebude stažený, nicméně může přetrvávat jeho lehké zastření z důvodu hlasivkové nedomykavosti, která po aplikaci vznikne). Efekt botulotoxinu trvá 3-5 měsíců, po tomto období je obvykle nutné aplikaci botulotoxinu opakovat.

Povaha a následky operačního výkonu:

Provádí se v celkové nebo lokální anestézii. Operatér lokalizuje krikotyroidní membránu hrtanu a přes ní aplikuje do hlasivek potřebnou dávku botulotoxinu.

Režim před operačním výkonem:

Před plánovaným výkonem v celkové anestézii je nezbytné minimálně 6 hodin nejíst, nepít a nekouřit.

Rizika výkonu:

I při správném postupu v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy (lege artis) mohou vzniknout v souvislosti s uvažovaným zákrokem komplikace. Zřídka může dojít k otoku dýchacích cest s nutností aplikace antiedematózní léčby (kortikoidy), nebo k alergické reakci. V prvních dnech po aplikaci může dojít k pocitům ztíženého nádechu, nebo ke zhoršení polykání.

Další možná rizika jsou spojená s přihlédnutím k individualitě pacienta a jeho celkovému zdravotnímu stavu. Může se jednat o poruchy srdce a oběhu, plicní komplikace, poruchy hojení ran a infekční komplikace.

Alternativy výkonu:

V léčbě spastické dysfonie lze vyzkoušet hlasovou reedukaci. Aplikace botulotoxinu se zpravidla provádí při nedostatečném efektu hlasové reedukace. Srovnatelný alternativní postup není znám.

Hospitalizace a rekonvalescence:

Režim pacienta po operačním zákroku závisí na rozsahu operace a hojení rány. Pooperační průběh může být komplikován zánětem či jinými komplikacemi, uvedenými výše. O případném speciálním režimu budete podrobně poučen(a) ošetřujícím lékařem.

Identifikační údaje pacienta(tky):

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

Plánovaný výkon:

Aplikace botulotoxinu do hlasivky u spastické dysfonie

Vysvětlující pohovor provedl:

--

identifikace a podpis lékaře

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánované léčbě zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S podáním výše uvedené léčby souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji svého zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

V Ostravě dne:

.....
podpis pacienta(tky), zákonného zástupce,
opatrovníka

V případě, že se pacient(tka) nemůže podepsat:

Důvod:

Způsob projevu
souhlasu:

Svěděk:

jméno a příjmení

podpis svědka