

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Augmentace hlasivky

Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu Vám bylo doporučeno provedení fonochirurgické operace s názvem **augmentace hlasivky**. V souladu **Úmluvou o lidských právech a biomedicíně**, vyhlášenou pod č. 96/2001 Sb.m.s., vyžaduje tento operační zákrok Váš informovaný souhlas.

Důvod a cíl operace:

Augmentace (zvětšení) hlasivky je chirurgická metoda, jejímž cílem je zlepšení nedostatečného uzávěru hlasové štěrbiny při mluvení přiblížením hlasivky do střední čáry. Operací dojde ke zlepšení hlasu.

Povaha a následky operačního výkonu:

Tato operační metoda je využívána u atrofie hlasivky, jednostranné obrny hlasivky a u všech stavů, které vedou k nedostatečnému uzávěru hlasové štěrbiny při mluvení (poúrazové stavy, stavy po ozáření apod.).

Operace je prováděna většinou v celkové anestézii (narkóze), ale může být v některých případech provedena i v místním znecitlivění za endoskopické kontroly hrtanu ohebnou optikou.

Metoda spočívá v injektáži různých materiálů do hlasivky, za účelem zvětšení jejího objemu (augmentace).

Existují materiály dočasné, které se vstřebají přibližně za několik měsíců (2 - 6) a materiály, které mohou přetrvávat řadu let. Ideální materiál pro augmentaci neexistuje.

S výběrem použitého materiálu, který bude vyhovovat Vaším potřebám, budete seznámeni před operačním výkonem. Nejčastěji se používá autologní (vlastní) tuk, kolagen, teflon, parafin a další materiály.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

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

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

I při správném postupu v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy (lege artis) mohou vzniknout v souvislosti s uvažovaným zákrokem jisté komplikace. Jedná se např. o: pooperační krvácení, bolest při polykání, dušnost, apod.. Vzácně může dojít k otoku nitra hrtanu se zhoršením dýchání, které si může vynutit až nutnost intubace (zavedení rourky do hrtanu k zajištění dýchání) až do úpravy místního nálezu a odeznění otoku. Další 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.

Hospitalizace a rekonvalescence:

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

Celková doba hospitalizace se předpokládá v rozmezí 4 - 7 dnů. Předpokládaná doba rekonvalescence po propuštění z nemocnice činí v průměru 14 dnů.

(Oba číselné údaje jsou udávanou průměrnou hodnotou a mohou se lišit v závislosti na individualitě pacienta a v závislosti na vzniklých komplikacích).

Alternativy výkonu:

Neoperovat. Operace je indikována až tehdy, pokud se foniatrickými edukačními metodami nedaří dosáhnout optimální polohy hlasu.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

Plánovaný výkon:

Augmentace hlasivky

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