

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Chirurgická zástava krvácení při epistaxi

Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu Vám byla doporučena chirurgická zástava krvácení. V souladu s **Úmluvou o lidských právech a biomedicíně**, vyhlášenou pod č. 96/2001 Sb.m.s., vyžaduje tento operační zákrok Vás informovaný souhlas.

Důvod a cíl operace:

Cílem operace je zastavit krvácení z dutiny nosní a přilehlých oblastí endoskopickým přístupem přes nosní dutinu či zevním přístupem z oblasti vnitřního očního koutku v případech, kdy není jasný zdroj krvácení a nedaří se zastavit krvácení ošetřením v místním umrtvení.

Povaha a následky operačního výkonu:

Operace se provádí v celkové anestézii. Krvácení je stavěno za vizuální endoskopické kontroly elektrokoagulací přívodných cév - arteria ethmoidalis anterior či arteria sphenopalatina, či zevním přístupem z řezu v oblasti vnitřního očního koutku koagulací přední arteria ethmoidalis anterior. Následkem zevního přístupu může být jizva v oblasti vnitřního očního koutku. Při přístupu nosní dutinou se po operaci v nosní dutině obvykle vytváří větší množství krevních sraženin, které je nezbytné odstraňovat pravidelným čištěním a proplachováním nosu slanou vodou nebo Vincentkou.

Režim před operačním výkonem:

Před 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 jisté komplikace. Jedná se především o: bolestivost, přechodný otok víček, zhoršenou hybnost očního bulbu s dvojitým viděním, nelze vyloučit přechodné krvácení.

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.

Celková doba hospitalizace se předpokládá v rozmezí 1-5 dnů.

Předpokládaná doba rekonvalescence po propuštění z nemocnice činí v průměru 7 dnů.

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

Alternativy výkonu:

Alternativou je radiologická metoda – selektivní embolizace přívodné cévy. Rizikem při selektivní embolizaci může být vznik slepoty. V případě konzervativního postupu hrozí vykrvácení.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

| | | | | | |
|-----------|--|--------|--|-----------------|--|
| Příjmení: | | Jméno: | | Datum narození: | |
|-----------|--|--------|--|-----------------|--|

Plánovaný výkon:

| |
|--|
| Chirurgická zástava krvácení při epistaxi |
|--|

Vysvětlující pohovor provedl:

identifikace a podpis lékaře

Prohlašuji, že jsem tento informovaný souhlas četl(a), a že mi bylo lékařem sděleno a vysvětleno:

- účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu,
- zda plánovaný zdravotní výkon má nějaké alternativy, včetně jejich komplikací a zda mám možnost zvolit si jednu z alternativ,
- možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu a případné změny zdravotní způsobilosti a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu,
- údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.

V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi(tce).

Poté, co jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné a moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny, prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a), považuji mé poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením navrhovaného zdravotního výkonu.

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