

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Flexibilní endoskopie nosní dutiny, nosohltanu, hltanu a hrtanu, endoskopie polykacího traktu

Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu Vám bylo doporučeno flexibilní endoskopické vyšetření nosní dutiny, nosohltanu, hltanu a hrtanu. V souladu s **Úmluvou o lidských právech a biomedicině**, vyhlášenou pod č. 96/2001 Sb.m.s., vyžaduje toto diagnostické vyšetření Váš informovaný souhlas.

Co je flexibilní endoskopické vyšetření:

Jedná se o diagnostické vyšetření tenkou ohebnou trubicí - endoskopem, který Vám lékař zavede přes nosní dutinu. Pomocí tohoto vyšetření je možno prohlédnout nejen samotnou nosní dutinu, ale také nosohltan, hltan a hrtan. Vyšetření je vhodné zejména v diagnostice onemocnění horních cest dýchacích, umožňuje posoudit event. příčinu zhoršené nosní průchodnosti, uplatňuje se při vyšetření pro polykací potíže. Díky tomuto vyšetření můžeme diagnostikovat některé patologické změny: zánětlivé změny, nádory, vrozené vady (např. choanální atrezie- uzávěr zadní části nosní dutiny), u dětí posoudit velikost adenoidních vegetací (zbytnělá hltanová mandle) apod. Vyšetření je možno provést jak u dětí, tak u dospělých.

Jaký je režim před a po vyšetření:

Vyšetření je provedeno v rámci ambulantního vyšetření a nevyžaduje žádný zvláštní režim.

V některých případech je však vyšetření provedeno v místním znecitlivění za účelem podrobného zhodnocení struktur hrtanu a hypofaryngu (dolní část hltanu) nebo u dráždivějších pacientů. V tomto případě po vyšetření, než se citlivost sliznic plně obnoví (cca 30-60minut), nesmíte jíst ani pít.

Jaký je postup při vyšetření:

Vyšetření se provádí vsedě. Endoskop je zaváděn přes nosní dutinu. Při zavádění endoskopu můžete pociťovat tlak v nose, někdy může být dráždění ke kýchnutí. Jinak je vyšetření bezbolestné. Samotné vyšetření trvá většinou do 1 minuty.

Vyšetření může být rozšířeno o endoskopii polykacího aktu (FEES vyšetření), kdy ORL lékař společně s klinickým logopedem posuzuje průběh polykání obarvených soust různých konzistencí stravy, případně jsou se zavedeným endoskopem prováděny různé manévry ke zlepšení plynulosti polknutí nebo zabránění vniknutí soust do dýchacích cest a je hodnocena jejich účinnost. FEES vyšetření trvá cca 5-15 minut.

Jaké jsou možné komplikace vyšetření:

Jedná se o bezpečné vyšetření, u kterého není předpoklad výskytu komplikací. Ve výjimečných případech může dojít ke krvácení z nosní dutiny.

Výsledky vyšetření:

Výsledky vyšetření Vám sdělí lékař bezprostředně po vyšetření.

Alternativy výkonu:

Alternativy nejsou.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

Plánovaný výkon:

Flexibilní endoskopie nosní dutiny, nosohltanu, hltanu a hrtanu, endoskopie polykacího traktu
--

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 jsou překážkou v provedení výkonu, či 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