

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### Laserová zadní chordektomie

**Vážená paní, Vážený pane,**

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu Vám byla doporučena laserová zadní chordektomie. v souladu s **Úmluvou o lidských právech a biomedicině**, vyhlášenou pod č. 96/2001 Sb.m.s., vyžaduje tento operační zákrok Váš informovaný souhlas.

**Důvod a cíl operace:**

vzhledem k nedostatečné dechové šterbině při oboustranné obrně zvrátneho nervu je indikována operace, jejímž cílem je zvětšit prostor mezi hlasivkami a tím zlepšit dýchání.

**Povaha a následky operačního výkonu:**

V celkové anestezii po zavedení tubusu do nitra hrtanu je odstraněna laserem zadní část jedné hlasivky ke zvětšení dechové šterbiny. Pooperačně dojde tímto ke zlepšení dýchání, ale současně ke zhoršení hlasu.

**Rizika výkonu:**

I při správném postupu v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy (lege artis) mohou vzniknout v souvislosti s uvažovaným zákrokem např. tyto komplikace:

Zhoršení hlasu po operaci je trvalé, pooperačně může být otok hlasivek, který může vyústit až v provedení tracheostomie. Po operaci se mohou vyskytnout bolesti v krku, bolesti krční páteře, uvolnění kariézního chrupu.při výkonu.

*Další rizika jsou spojená s přihlédnutím k individualitě pacienta a jeho celkovému zdravotnímu stavu: poruchy srdce a oběhu, plicní komplikace, poruchy hojení ran a infekční komplikace .*

**Hospitalizace a rekonvalescence:**

Celková doba hospitalizace se předpokládá v rozmezí 7-14 dnů.

Předpokládaná doba rekonvalescence po propuštění z nemocnice činí v průměru 14-20 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:**

V současné době neexistuje adekvátní alternativa k tomuto výkonu.

**Rizika alternativního postupu:**

Trvale zhoršené dýchání.

**Identifikační údaje pacienta(tky):**

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

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

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

**Plánovaný výkon:**

<b>Laserová zadní chordektomie</b>
------------------------------------

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: .....

Svědék: .....

jméno a příjmení

podpis svědka