

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### Odstranění hltanové mandle (adenoidectomia)

#### **Vážená paní, Vážený pane,**

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu (zdravotnímu stavu Vašeho dítěte) Vám bylo doporučeno odstranění hltanové mandle. V souladu **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:**

Zvětšená hltanová mandle (adenoidní vegetace) vyplňuje nosohltan a působí jako mechanická překážka dýchání, zhoršuje funkci Eustachovy trubice s následnou poruchou sluchu a bývá zdrojem častých opakovaných respiračních infekcí dětí. Cílem operace je zlepšení dýchání nosem, úprava poruchy sluchu a odstranění ložiska infekce.

#### **Povaha a následky operačního výkonu:**

Operační výkon spočívá v odstranění zbytně hltanové mandle v celkové anestézii. Odstranění lze provést různými technikami (kyreta, plasmová koblace, laser a další). Následkem operace je zlepšení ventilačních poměrů nosu a nosohltanu a úprava funkce Eustachovy trubice.

#### **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 např. o: velké krvácení až s rizikem hemoragického šoku s nutností následného podání krevních transfuzí, otok hrtanu, aspirace. Četnost uvedených komplikací závisí na rozsahu a povaze patologického procesu.

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:**

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 2 dnů.

Předpokládaná doba rekonvalescence po propuštění z nemocnice činí v průměru 7 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:**

Alternativou je neoperovat, což však přináší riziko spojené s ponecháním ložiska infekce v těle a možnou poruchu dýchání a sluchu.

**Identifikační údaje pacienta(tky):**

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

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

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

**Plánovaný výkon:**

<b>Odstranění hltanové mandle (adenoidectomia)</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 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