

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### Operace angiofibromu nosohltanu

#### Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu Vám byla doporučena operace angiofibromu nosohltanu. V souladu s **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:

Angiofibrom (juvenilní fibrom) je nejčastějším nezhoubným nádorem nosohltanu. Vyrůstá ze stěny stropu nosní dutiny těsně před okrajem klenby nosohltanu. Přes nezhoubný histologický charakter se stává nebezpečným onemocněním svým expanzivním růstem. Šíří se do nosu, přínosných dutin, do očnice i do nitrolebí.

Způsobu a rozsahu šíření odpovídají i příznaky: ucpání nosu, trvalý výtok z nosu, poruchy čichu, nedoslýchavost, bolesti hlavy, změny polohy a pohyblivosti oka, deformity patra, tváře, poruchy zraku. Velmi varovným příznakem je opakované masivní krvácení z nosu.

Předoperační **karotickou angiografií** určujeme rozsah cévního zásobení nádoru a zároveň provádíme uzávěr přívodních cév ke snížení rizika krvácení během operačního zákroku.

Účelná léčba je téměř výlučně chirurgická. Léčba zářením i léčba hormonální je většinou pouze léčbou pomocnou. Přístup volíme podle rozsahu a lokalizace nádoru, nejčastěji přes horní čelist nebo přes tvrdé patro. Speciální kombinované operační postupy umožňují odstranění nádoru šířícího se do okolních struktur nebo do nitrolebí.

#### Povaha a následky operačního výkonu:

Operace se provádí v celkové anestézii. Nejčastěji volíme operační přístup, při kterém ze zevního kožního řezu na rozhraní tváře, zevního nosu a očnice zpřístupníme dutinu nosní, vedlejší nosní dutiny a nosohltan. Následně je odstraněn nádor. Nádor je velmi dobře zásoben krevními cévami, proto může při operaci značně krváčet a krevní ztráty si mohou vyžádat nutnost podání krevní transfúze. Na závěr výkonu ve provedena nosní tamponáda, která může být ponechána několik dnů.

#### Režim před operačním výkonem:

Před plánovaným 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 komplikace. Operace probíhá v těsné blízkosti důležitých struktur (očnice, zrakový nerv, vnitřní krkavice, mozkové pleny a mozek). Možné i když řídké komplikace mohou v důsledku anatomických abnormalit vzniknout porušením některé z výše jmenovaných struktur (porušení zrakového nervu s následnou slepotou, otevření očnice s porušením hybnosti oka, masivní krvácení, výtok mozkomíšního moku, krvácení do mozku, zánětlivé komplikace). Četnost uvedených komplikací závisí na rozsahu a povaze patologického procesu.

Další možná 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. 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 7 - 14 dnů. Předpokládaná doba rekonvalescence po propuštění z nemocnice činí v průměru 14-20 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:**

Operace dává nejlepší výsledky léčby, léčba hormonální či léčba zářením jsou doplňkové metody.

**Identifikační údaje pacienta(tky):**

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

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

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

**Plánovaný výkon:**

<b>Operace angiofibromu nosohltanu</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