

Informovaný souhlas rodičů s výkonem

Operace choanální atrézie

Vážení rodiče,

vzhledem k zdravotnímu stavu Vašeho dítěte, byla doporučena operace choanální atrézie. 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:

Atrézie choan(y) je vrozená vývojová vada, která způsobuje zhoršení či nemožnost dýchání nosem, což je pro novorozence život ohrožujícím stavem (novorozenec vzhledem k vysoké poloze hrtanu není schopen dýchat ústy). V případě pouze jednostranného postižení jsou příznaky mírnější např. zhoršené dýchání nosem či jednostranná sekrece z nosu.

Cílem operace je vytvořit komunikaci mezi nosem a nosohltanem, a tím umožnit normální nosní dýchání. Operace se provádí endoskopicky přes nos (endoskopicky endonazálně).

Povaha a následky operačního výkonu:

Endoskopický endonazální přístup (nosem) nezanechává žádné jizvy na tváři. Provádí se v celkové anestézii za použití speciálních optik a kamery. Je vytvořena komunikace mezi nosem a nosohltanem, odstraněna zadní část nosní přepážky. U části dětí je nutné dočasné zavedení drénu do nosní dutiny jako prevence zajizvení v operované oblasti. Výjimečně se volí i přístup transorální (ústy) s protětím patra.

Jaký je režim dítěte před výkonem:

Rodiče musí lékaře zejména informovat o jakémkoli příznaku infekce dýchacího systému, byť jen počínajícího nebo podezření (kašel, rýma, nachlazení), které by se vyskytlo před operací.

Rizika výkonu:

I při správném postupu v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy (lege artis) mohou vzniknout v souvislosti s uvažovaným zákrokem komplikace. Nejčastější komplikací je zajizvení vytvořené komunikace v nosohltanu, což může být i důvodem k reoperaci. 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, 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, krvácením či jinými komplikacemi, uvedenými výše. O případném speciálním režimu budete podrobně poučeni ošetřujícím lékařem.

Celková doba hospitalizace se předpokládá v rozmezí 7 - 10 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:

Alternativa není.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

Plánovaný výkon:

Operace choanální atrezie

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 zdravotního stavu svého dítěte, 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 zdravotního stavu svého dítěte, které 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