

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Operace měkkého patra při chrápání a spánkovém apnoe (uvulopalatoplastica)

Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu Vám byla doporučena operace syndromu spánkové apnoe, chrápání. 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:

Spánkový apnoický syndrom (mezery při dýchání ve spánku), silné chrápání. Cílem operace je zamezení vibrací měkkého patra při spánku a kolapsu měkkých tkání v hltanu se vznikem apnoí.

Povaha a následky operačního výkonu:

Operační výkon spočívá ve zkrácení a plastice měkkého patra v lokální nebo celkové anestézii. Výkon se provádí klasicky, pomocí laseru nebo sondou radiofrekvenčního nástroje, kde v důsledku zahřátí tkáně a jejího následního zjizvení dochází ke zpevnění a zkrácení měkkého patra a tím k omezení jeho vibrací.

Režim před operačním výkonem:

Před výkonem v celkové anestézii je nezbytné minimálně 6 hodin nejíst, nepít a nekouřit. U výrazně dávivých pacientů u výkonu v místní anestézii doporučujeme lačnit před výkonem alespoň 4 hodiny.

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 především o: krvácení, výrazná bolestivost s vystřelováním do uší, omezení příjmu potravy, poranění patrových oblouků a měkkého patra se vznikem huhňavosti, zatékání potravy do nosohltanu, porucha chuti, přetrvávání chrápání. 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.

Výkon je prováděn ambulantně nebo za hospitalizace. Předpokládaná doba rekonvalescence je individuální, bolesti v krku přetrvávají obvykle do 7 dní.

Alternativy výkonu:

V případě chrápání je možné pouze sledovat pacienta bez provedení operace. V případě spánkové apnoe je alternativou použití kontinuální léčby přetlakovou maskou.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

Plánovaný výkon:

Operace měkkého patra při chrápání a spánkovém apnoe (uvulopalatoplastica)

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