

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### Operace zhoubného nádoru nosohltanu (nazofaryngektomie)

#### **Vážená paní, Vážený pane,**

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(a).

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byla lékařem indikována operace zhoubného nádoru.

#### **Co je zhoubný nádor:**

Zhoubný nádor je onemocnění charakteristické vlastním nekontrolovatelným růstem bez ohledu na potřeby a řídicí mechanismy organismu, který postupně destruuje okolí a vede ke ztrátě normální funkce postižené krajiny. Projevuje se bolestí, otokem, zduřením, zhoršeným příjmem potravy, polykáním a obtížnou řečí, popřípadě jinými problémy. Dále je typické zakládání metastáz, tj. vzdálených ložisek, v mízních uzlinách krku a obličeje, případně v jiných částech těla.

#### **Anestézie:**

Operace se provádí v celkové anestézii („narkóze“) v poloze na zádech po nezbytné předoperační přípravě, při které je zajištěn žilní vstup – intravenózní kanyla – pro infuzi, antibiotika, analgetika a léky nezbytné pro vedení celkové anestézie. Celkovou anestézii provádí odborný lékař – anesteziolog, který je odpovědný za udržení důležitých životních funkcí a jejich sledování během operačního výkonu.

#### **Alternativy výkonu:**

V současné době neexistuje adekvátní alternativa k tomuto výkonu. Vaše operace je indikována jako „záchranná“ po selhání předchozích postupů. Alternativou je neoperovat s vysokým rizikem dalšího růstu nádoru a smrti.

#### **Jaký je režim pacienta před výkonem:**

Před operací pacient dodržuje zvláštní režim. Od půlnoci nejí, nepije, při užití trvalé medikace je nutné zapít pouze minimálním množstvím tekutin. Před operací vám budou podány léky v podobě nitrosvalové injekce, spolu s preparáty, které jsou nezbytné před podáním celkové anestézie. Další opatření jsou ovlivněna věkem a trvalými chorobami pacienta (bandáže dolních končetin, infuze glukózy s inzulínem u diabetiků, aplikace bronchodilatačních sprejů u astmatiků, antialergické léky u alergiků, atd.).

#### **Jaký je postup při provádění výkonu:**

Při nazofaryngektomii je odstraněn zhoubný nádor nosohltanu pod endoskopickou kontrolou přes nosní dutinu - transnazálně. Pacient je po operaci hospitalizován na standardním oddělení či na jednotce intenzivní péče dle rozsahu operace.

#### **Jaké jsou možné komplikace a rizika:**

Provedení operačního výkonu je spojeno s celou řadou rizik a komplikací:

- krvácení z operační rány během a po výkonu. Ošetření je lokální nebo podání preparátů podporujících srážení krve dle indikace hematologa,
- zánět nosní sliznice po operaci (rýma),
- poškození sluchové trubice, která přirozeně ústí do nosohltanu s následnou nedoslýchavostí (bolestí, zaléháním uší),
- život ohrožující krvácení z velkých cév krku a obličeje během a po výkonu je řešeno chirurgicky, krevní náhradou a léky podporujícími srážení krve.

Během operace jsou sledovány životní funkce pacienta, v pooperačním období je opakovaně monitorována činnost kardiovaskulárního aparátu, často jsou jako prevence pooperační infekce podávána antibiotika.

Pro výrazné krvácení během a po výkonu je v některých případech nezbytná náhrada ztracené krve krevními deriváty. U tohoto výkonu je však podání krevních derivátů v minimu případů.

**Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:**

Po operaci je nutné pravidelné proplachování dutiny nosní solnými roztoky. Bolest je tlumena léky ve formě tablet nebo injekcí, jsou ordinována antibiotika. Doba hospitalizace odpovídá závažnosti zákroku a pooperačnímu stavu, pohybuje se kolem 1-2 týdnů.

**Identifikační údaje pacienta(tky):**

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

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

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

**Plánovaný výkon:**

<b>Operace zhoubného nádoru nosohltanu (nazofaryngektomie)</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 plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji 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