

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### Plastika hrtanové příklopky (epiglottoplastika)

#### Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu Vám byla doporučena plastika hrtanové příklopky (epiglottoplastika). 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:

Důvodem operace je obstrukční spánková apnoe (opakované zástavy dechu během spánku) a chrápání způsobené překlopením hrtanové příklopky do hrtanu. Cílem operace je částečné fixování hrtanové příklopky ke kořeni jazyka a tím zlepšení průchodnosti dýchacích a polykacích cest. Pokud je kořen jazyka nadměrně zvětšený, provádí se při operaci i jeho zmenšení.

#### Povaha a následky operačního výkonu:

Výkon se provádí v celkové anestézii. Z jazykové plochy hrtanové příklopky a kořene jazyka se odstraní povrchové sliznice. Pokud je kořen jazyka nadměrně zvětšený, provádí se při operaci i jeho zmenšení. Poté se několika stehy přiblíží hrtanová příklopka ke kořeni jazyka.

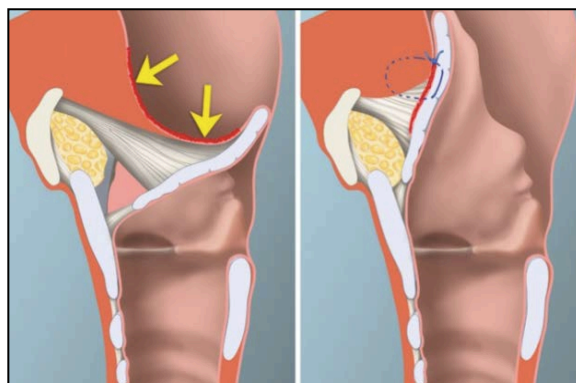


Schéma plastiky hrtanové příklopky. Šipkami je označená oblast, ze které se odstraní sliznice. Hrtanová příklopka se pak přitáhne ke kořeni jazyka.

#### Režim před operačním výkonem:

- Dodržujte alespoň 2 hodiny od posledního příjmu čirých tekutin, za něž se obvykle považují voda, slazený nebo neslazený čaj, slazená nebo neslazená minerálka (max. 2 dcl) a alespoň 6 hodin od posledního příjmu i tzv. lehkého jídla nebo mléka. Tímto předejdete riziku zvracení a nebezpečí zatečení žaludečního obsahu do dýchacích cest – vážná anesteziologická komplikace.
- 24 hodin před výkonem nekuřte!

#### 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, otok nebo zánět kořene jazyka, výraznou bolestivost s vystřelováním do uší, omezení příjmu potravy, poruchu chuti, přetrvávání zástav dechu (apnoí) a chrápání. Četnost uvedených komplikací závisí na rozsahu a povaze patologického procesu.

Další rizika jsou spojená s přihlédnutím k individualitě pacienta a jeho celkovému zdravotnímu stavu: Jedná se např. o poruchy srdce a oběhu, plicní komplikace, poruchy hojení ran a infekční komplikace, alergická reakce na podávané léky.

#### 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 5 - 10 dnů.

Předpokládaná doba rekonvalescence po propuštění z nemocnice činí v průměru 14 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:

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:**

<b>Plastika hrtanové příklopky (epiglottoplastika)</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: .....

Svěděk: .....

jméno a příjmení

podpis svědka