

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Sialoendoskopie

Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu Vám byla doporučeno provedení endoskopického vyšetření eventuálně léčby poruch vývodového systému slinné žlázy, tzv. **sialoendoskopie**.

V souladu **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:

Postižení vývodového systému slinné žlázy se projevuje jeho obstrukcí (ucpáním) provázenou bolestivými otoky. Obstrukci může způsobit zánět nebo kamínek (sialolit) ve vývodu slinné žlázy. Cílem operace je odstranění překážky bránící odtoku sliny z vývodového systému slinné žlázy.

Povaha a následky operačního výkonu:

Sialoendoskopie umožňuje pomocí tenkého endoskopu určit příčinu obstrukce či zúžení vývodového systému slinné žlázy a zároveň umožňuje mikrochirurgickou léčbu těchto onemocnění. Vyšetření i léčba probíhají v místním znecitlivění po aplikaci znecitlivující látky do vývodového systému žlázy.

Do vývodu postižené slinné žlázy je zaveden ohebný endoskop o průměru 1,1mm či 1,6 mm. Endoskopem je prohlédnut vývodový systém a v případě zjištění příčiny obtíží, je možno tuto v jedné době léčit.

K léčbě je využíváno drobných nástrojů zasouvaných prostřednictvím endoskopu přímo do místa zúžení vývodu či kamínku. Velké procento kamínků je takto odstraněno. Celý výkon trvá 30 – 45 minut.

Režim před operačním výkonem:

Výkon se provádí v místním znecitlivění (lokální anestézii). Pacient nemusí být nalačno. Ráno před výkonem je nutno provést pečlivou hygienu dutiny ústní.

Rizika výkonu:

Přestože se jedná o bezpečnou, miniinvazivní metodu, může být operace doprovázena v malém procentu případů určitými komplikacemi.

Může se vyskytnout zvýšené krvácení během či po výkonu, zánětlivá komplikace, natržení vývodu žlázy s otokem okolních tkání.

Pokud by jste sialoendoskopii netoleroval, nebo by nastaly jakékoliv problémy, může být výkon kdykoliv ukončen.

Další nepříjemnosti mohou souviset s možnými nežádoucími účinky použitých lokálních anestetik u pacientů, kteří trpí alergií.

Hospitalizace a rekonvalescence:

Výkon je prováděn u pacientů za krátkodobé, zpravidla jednodenní hospitalizace. Pooperačně je třeba dbát o zvýšenou hygienu dutiny ústní.

Alternativy výkonu:

Sialoendoskopie je nejpřesnější diagnostika a léčba Vašich problémů spojených s bolestivými otoky slinné žlázy. Alternativní léčebný postup je operační odstranění postižené slinné žlázy v celkové anestézii.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

Plánovaný výkon:

Sialoendoskopie

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:

Svěddek:
jméno a příjmení podpis svědka