

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Uzávěr liquorové píštěle

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 byl lékařem indikován výše uvedený výkon.

Důvod a cíl operace:

Na základě provedených zobrazovacích vyšetření byla u Vás zjištěna liquorová píštěl. Jde o defekt v kostěné části přínosných dutin, který komunikuje s nitrolebím a dochází skrze něj k úniku mozkomíšního moku do nosu. Tento defekt představuje i možné místo vstupu infekce na mozkové pleny a do mozku. Cílem operace je uzavření kostěného defektu. Operace je prováděna ve spolupráci ORL specialisty s neurochirurgem

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 proniká operátor do postižené dutiny. Pomocí podané kontrastní látky při lumbální punkci (fluorescein) je lokalizováno během operace místo průniku této látky do dutiny. Následně neurochirurg provede uzavěr píštěle odebranou částí fascie a svalu za použití tkáňového lepidla

Režim před operačním výkonem:

Před plánovaným výkonem v celkové anestézii je nezbytné minimálně 6 hodin nejíst, nepít a nekouřit.

Rizika výkonu:

I při správném postupu v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy (lege artis) mohou vzniknout v souvislosti s uvažovaným zákrokem např. tyto komplikace. 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 .

Alternativy výkonu:

Srovnatelná alternativní postup není znám. Konzervativní léčba nevede k vyřešení problému a pacient je trvale ohrožen možnou infekcí mozkomíšních plen.

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.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

Plánovaný výkon:

| |
|---------------------------------|
| Uzávěr liquorové píštěle |
|---------------------------------|

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