

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Uzavření tracheostomického kanálu

Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu Vám bylo doporučeno provedení operace zúžené průdušnice. 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:

Cílem operace je uzavření přetrvávajícího tracheostomického kanálu.

Povaha a následky operačního výkonu:

Po odstranění tracheostomické kanyly dojde u většiny pacientů k samovolnému zhojení (zatažení) tracheostomatu. Pokud ani po 3-6 měsících ke zhojení nedojde, je možné provést operační uzavření tracheostomického kanálu. Cílem operace je zrušit přetrvávající kanál, který je místem průniku infekce do dýchacích cest, zhoršuje mluvení a omezuje pacienta (hlenění z tracheostomatu, problémy při koupání). Operace se provádí v celkové anestézii, výjimečně v anestézii místní (v případě velmi úzkého kanálu). Při operaci se musí tracheostomický kanál vytnout a jednotlivé tkáně (svaly, podkoží, kůže) sešít. Výsledkem operace je krk bez tracheostomického kanálu s jednou obloukovitou jizvou.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

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

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

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 např. o: pooperační krvácení, bolest při polykání, dušnost, vniknutí vzduchu do podkoží (tzv. emfyzém) apod. Další 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.

Výjimečně může dojít k nezhojení a opětovnému vytvoření tracheostomického kanálu.

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. Po operaci je nutné snažit se několik dní a při event. kašli tlačit na místo původního tracheostomického kanálu prsty (prevence nafoukání vzduchu do podkoží a rozpadu rány). V některých případech mohou být předepsaná antibiotika.

Celková doba hospitalizace se předpokládá v rozmezí 5 - 7 dnů. Předpokládaná doba rekonvalescence po propuštění z nemocnice činí v průměru 14 dnů. (Oba číselné údaje jsou udávány průměrnou hodnotou a mohou se lišit v závislosti na individualitě pacienta a v závislosti na vzniklých komplikacích).

Alternativy výkonu:

Neoperovat, ponechat tracheostomický kanál. Pacient si musí být vědom možných rizik, dyskomfortu a možných komplikací.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

Plánovaný výkon:

Uzavření tracheostomického kanálu
--

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 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