

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Vytvoření fonační píštěle a zavedení hlasové protézy

Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu Vám byla doporučena operace - vytvoření fonační píštěle a zavedení hlasové protézy. 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:

Po úplném odstranění hrtanu pro zhoubný nádor dochází k trvalé ztrátě hlasu. Pokud nedojde k navození tzv. náhradního jícnového hlasu, je indikováno zavedení hlasové protézy, která umožní pacientům komunikaci ve společnosti. Při operaci vytváříme píštěl (otvor) mezi dýchacími a polykacími cestami, do které je zavedena hlasová protéza, jejíž chlopeč umožňuje průnik vzduchu z dýchacích do polykacích cest a tak tvorbu náhradního hlasu.

Povaha a následky operačního výkonu:

V celkové anestézii (trysková ventilace) za kontroly optikou, zavedenou do jícnu, je vytvořen otvor ve vrcholu tracheostomatu (vývodu průdušnice) do něhož je umístěna silikonová hlasová protéza. Pooperačně probíhá nácvik náhradního hlasu.

Režim před operačním výkonem:

Před 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 jisté komplikace. Kovový tubus nebo zavaděč může v ojedinělých případech perforovat (proděravět) stěnu jícnu s mnoha závažnými komplikacemi (zánět mezihrudí, šokový stav, v ojedinělých případech hrozí i riziko úmrtí). Po operaci může dojít k otoku polykacích cest, bolestem při polykání, ojediněle ke zhoršení dýchání, bolestem v krku, bolestem krční páteře, k uvolnění kariézního chrupu, nebo zubní náhrady, vyloučení hlasové protézy. Četnost uvedených komplikací závisí na rozsahu a povaze patologického procesu.

Další možná rizika jsou spojena 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.

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 5-7 dnů.

Předpokládaná doba rekonvalescence po propuštění z nemocnice činí v průměru 7-10 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:

Nácvik jícnového hlasu za pomoci foniatra, elektrolarynx.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

Plánovaný výkon:

Vytvoření fonační pištěle a zavedení hlasové protézy

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