

**Razítko pracoviště**

**Informovaný souhlas pacienta/zákonného zástupce** **pacienta**

**s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotních výkonů)**

**Příjmení:**

**Jméno:**

**RČ pacienta:**

***1. Název zdravotního výkonu:***

* adenotomie – odstranění nosních mandlí za zrakové kontroly v celkové anestezii

***2. Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu:***

* hypertrofie adenoidních vegetací – zvětšené nosní mandle

***3. Informace o potřebném zdravotním výkonu, včetně údaje o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích:***

Účelem výkonu je odstranění zbytnělých nosních mandlí.

Po uspání pacienta a zajištění dýchacích cest anesteziologem, se do dutiny ústní zavede rozvěrač a pod zrakovou kontrolou endoskopem se speciálním nástrojem – tzv. adenotomem a kyretou odstraní tkáň nosních mandlí. Krvácení se staví krátkodobou tamponádou, někdy elektrokoagulační pinzetou.

Předpokládaný prospěch výkonu – uvolněním nosohltanu po odstranění nosní mandle se zprůchodní nosní průchody a uvolní ústí Eustachových trubic, což má přímý vliv na zdravotní stav pacienta ve smyslu odstranění ložiska zánětu, mechanické překážky a zlepšení sluchu.

***4. Rizika zdravotního výkonu:***

Předmětný výkon může být spojen zejména s těmito riziky:

* zvracení jako reakce na celkovou anestezii („narkózu“)
* krvácení se může vyskytnout jak *časně* po operaci, tak i jako *pozdní* krvácení (do 2 týdnů). Lehčí krvácení se většinou upraví po vysmrkání a nakapání nosních kapek. Pokud se krvácení nepodaří tímto způsobem zastavit, je indikována revize nosohltanu a ošetření krvácející cévky. V případě nutnosti i zavedením tzv. balonkové tamponády přes nos. Podání krevní transfuze je zcela výjimečné.
* po operaci se může vyskytnout podráždění a zánět středního ucha, dočasná huhňavost, vynucená poloha krku na jednu stranu, jenž je vyvolána reakcí šíjových svalů na operační ránu.
* vylomení pohyblivého zubu
* aspirace – vdechnutí nebo zatečení krve do dýchacích cest, které by mohly vyvolat podráždění, dechové potíže až zástavu dechu či rozvoj plicního infektu
* Absolutní úspěch léčby a zcela bezrizikový průběh nemůže zaručit žádný lékař. Obecná rizika chirurgického výkonu jako například infekce v ráně, pooperační krvácení z rány, poruchy srdce a oběhu, plicní komplikace, se nedají i přes největší pečlivost a všechny pokroky moderní medicíny vždy bezpečně vyloučit. Nicméně závažnější komplikace po uvedené operaci jsou vzácné a vyskytují se dle statistiky v jednotlivých případech na tisíce operací.

***5. Alternativy zdravotního výkonu:***

Neodstranění mandlí je spojeno s pokračováním, případně stupňováním problémů, pro které byl výkon doporučen. Vyčkávacím postojem, či používáním lokálních, či celkových léků neočekáváme zlepšení stavu.

***6. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:***

***Předpokládaná doba hospitalizace:***

* 1-3 dny

***Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):***

* 1-3 týdny podle způsobu hojení

***Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:***

* nepředpokládáme omezení v běžném způsobu života

***Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:***

* nepředpokládáme změny

***7. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):***

Po výkonu měkká strava 3 dny, klidový režim a mimo kolektiv týden, při krvácení ihned kontrola na ORL.

Kontrola na ORL je jinak nutná týden po výkonu, nebo dříve dle aktuálního stavu.

***8. Záznam o poučení pacienta/zákonného zástupce pacienta, jemuž bude implantován zdravotnický prostředek***

Lékař prohlašuje, že poskytl pacientovi/zákonnému zástupci pacienta podrobnou informaci obsahující údaje, které umožňují identifikaci zdravotnického prostředku (včetně jeho příslušenství), který bude u pacienta implantován, spolu s pokyny týkajícími se bezpečnosti pacienta a jeho chování, včetně toho, kdy má pacient vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí by se neměl vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.

***9. Odpovědi na doplňující otázky pacienta/zákonného zástupce pacienta:***

***Prohlášení lékaře:***

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval o jeho zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby jím zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace. Pacient/zákonný zástupce pacienta byl seznámen s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita.

V Praze, dne……………. ……………………………

**Podpis a jmenovka lékaře**

***Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:***

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl jsem jim a měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu/souhlasím s provedením zdravotního výkonu u osoby mnou zastupované, případně s použitím uvedené anestézie (sedace), včetně

provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékaři sdělil všechny mně známé důvody, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

*Pro zákonného zástupce pacienta:*

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý).

*Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:*

…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..

V Praze, dne……………

…………………………… NEBO ………………………….....

**Podpis zákonného zástupce pacienta Podpis pacienta [[1]](#footnote-1)\***

***Identifikace zákonného zástupce pacienta:***

1) Jméno a příjmení: .……………………...……………….Datum narození: .……………….

Vztah k pacientovi: .…………………………………………………………………………….

1. \* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta. [↑](#footnote-ref-1)