



Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FN Motol  
**FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE**  
V Úvalu 84, 155 00 Praha 5, IČ: 00064203

Identifikační štítek pacienta

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM **REDUKCE OBJEMU DOLNÍCH NOSNÍCH SKOŘEP (MUKOTOMIE)**

(laserová - radiofrekvenční)

### **1. Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu (zdůvodnění/indikace):**

- chronická rýma
- zbytnění dolních nosních skořep

### **2. Informace o potřebném zdravotním výkonu (o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích):**

Cílem operačního výkonu je zlepšení nosní průchodnosti, symetrické dýchání oběma nosními průduchy, zamezení zánětů nosu a vedlejších nosních dutin.

Operační výkon spočívá ve zmenšení objemu dolní nosní skořepky redukcí podslizniční tkáně nejčastěji laserem nebo radiofrekvenčním proudem (RFFIT) pod endoskopickou kontrolou. Většinou je výkon prováděn ambulantně v místní anestézii (umrtvení). Po tomto zákroku není obvykle nutná nosní tamponáda.

### **3. Rizika zdravotního výkonu:**

I při správném postupu v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy (lege artis) mohou vzniknout v souvislosti s uvažovaným zákrokem zejména tyto komplikace: krvácení, pooperační srůsty sliznice s nosní přepážkou, otok, zánětlivé komplikace.

Další rizika jsou spojená s přihlédnutím k individualitě pacienta a jeho celkovému zdravotnímu stavu: poruchy srdce a oběhu, plicní komplikace, poruchy hojení ran a infekční komplikace.

### **4. Alternativy zdravotního výkonu:**

- Výkon je doporučován až po vyčerpání možností konzervativní léčby.

### **5. 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:**

Pooperačně je nutný klidový režim, omezení fyzické aktivity.

*Předpokládaná doba hospitalizace:* hospitalizace není nutná.

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

*Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:* nejsou.

*Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:* nejsou.

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

Pooperačně je nutný klidový režim, krátkodobé omezení fyzické aktivity. Při první ambulantní kontrole je zkontrolován lokální nález.

**Prohlášení lékaře:**

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a 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.....20.....

v.....hod. ....

**Podpis a jmenovka lékaře****Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:**

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován/a 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/a jsem jím a měl/a 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 výkonu u osoby mnou zastupované, případně s použitím uvedené anestezie (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/a všechny mně známé okolnosti, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Jsem si vědom/a, že tento svůj souhlas můžu kdykoliv odvolat.

**Pro zákonného zástupce pacienta:**

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností 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, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:*

V Praze, dne.....20.....

v.....hod. ....

**Podpis pacienta\* /zákonného zástupce****Identifikace zákonného zástupce:**

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: ..... Vztah k pacientovi: .....

**Podpisová doložka svědka:**.....  
Důvod nepodepsání, nemůže-li se pacient podepsat.....  
Způsob, jakým pacient projevil vůli.....  
Jméno a příjmení svědka.....  
Podpis svědka

\* 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 s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.