



Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FN Motol
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, IČ: 00064203

Identifikační štítek pacienta

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM DISE (DRUG INDUCED SLEEP ENDOSCOPY) – ENDOSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH V LÉKY NAVOZENÉM SPÁNKU, SPÁNKOVÁ ENDOSKOPIE

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

- ☐ Chrápání.
- ☐ Obstrukční spánková apnoe – porucha dýchání ve spánku.
- ☐ Obtížně nastavitelná léčba přetlakovou ventilací.

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

Jedná se o neinvazivní diagnostické vyšetření, jehož cílem je vyvolat stav podobný přirozenému spánku a nalézt místa, kde dochází v průběhu spánku k zúžení nebo kolapsu horních cest dýchacích a tím k chrápání anebo zástavám dechu. Vyšetření se provádí v krátké celkové anestezii za kontinuální monitorace vitálních funkcí postupným nitrožilním podáním anestetika (propofol, midazolam) tak, aby bylo zachováno spontánní dýchání. Následně je nosem zaveden flexibilní endoskop a prohlédnou se horní cesty dýchací.

3. Rizika zdravotního výkonu mohou být zejména:

- Poranění nosu nebo horních cest dýchacích – vzácná komplikace, nejčastěji v podobě krvácení z nosu, které není závažné.
- Aspirace – vdechnutí slin, případně natráveného obsahu ze žaludku. Prevencí je lačnění před výkonem. Může vést v krajním případě ke vzniku zápalu plic.
- Úplná zástava dechu a pokles hladiny kyslíku v krvi – v průběhu vyšetření v reakci na podání celkového anestetika. Obvykle se jedná o krátkou epizodu, která je snadno řešena dýcháním pomocí masky s kyslíkem. V krajním případě může být nutné zavedení intubační roury do dýchacích cest a krátkodobé napojení na umělou plicní ventilaci.
- Alergická reakce – na podání anestetické látky, velmi vzácné.

4. Alternativy zdravotního výkonu: nejsou.

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:

- Po přibližně po 3 hodinách od anestezie může pacient obvykle odejít domů. Je doporučen doprovod blízké osoby, zejména při cestování hromadnými dopravními prostředky.
- Po dobu 24 hodin po anestezii se pacient nesmí věnovat žádné činnosti vyžadující zvýšenou pozornost, zejména řídit motorová vozidla, práce ve výškách atd.
- Do 24 hodin od anestezie je vhodné vyvarovat se alkoholickým nápojům a jiným návykovým látkám.
- Není vhodné, aby pacient činil významná rozhodnutí nebo podepisoval právní dokumenty v době do 24 hodin po anestézii.

Předpokládaná doba hospitalizace: 2 dny.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): 24 hodin.

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): nejsou.

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 lékařem 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 mohu 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.