



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 **SIALOENDOSKOPIE (ENDOSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ VÝVODNÉHO SYSTÉMU SLINNÝCH ŽLÁZ)**

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

- Chronický zánět slinné žlázy.
- Sialolithiáza (slinné kameny).

Konkrétní místo výkonu (správnou možnost označte):

- Podčelistní žláza vpravo / vlevo.
- Příušní žláza vpravo / vlevo.

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

Cílem zákroku je endoskopické vyšetření vývodného systému slinné žlázy (případně ve spojení s léčbou nalezené patologie), které povede ke zprůchodnění vývodného systému slinných žláz. Do vývodu slinné žlázy je po jeho rozšíření (dilataci) v lokálním znečistivění zaveden tenký endoskop, samotný výkon je prováděn pomocí jemných nástrojů, které jsou endoskopem zaváděny přímo do místa postižení vývodu slinné žlázy. Následkem může být dočasný otok slinné žlázy a jejího vývodu.

3. *Rizika zdravotního výkonu mohou být zejména:*

I při správném postupu v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy (lege artis) mohou vzniknout v souvislosti s uvažovaným zákrokem např. tyto komplikace: krvácení, zánětlivé komplikace, bolestivost, otok vývodu slinné žlázy, perforace (protržení) vývodu, zúžení vývodu, alergická reakce na lokální anestetikum.

4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Alternativou je zákrok v celkové anestezii ze zevního přístupu či přístup přes dutinu ústní.

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:*

Předpokládaná doba hospitalizace: 0 dnů.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): 3 dny.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: po zákroku je nutné dodržovat pravidelný pitný režim a masáže slinné žlázy.

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):*

Po zákroku je nutno dodržovat dostatečný pitný režim, provádět masáže slinné žlázy, je zahájena terapie antibiotiky dle rozhodnutí lékaře provádějícího výkon.

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, dne20..... vhod.

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 jim 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 výkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.