VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

FUNKČNÍ ENDOSKOPICKÁ OPERACE VEDLEJŠÍCH DUTIN NOSNÍCH

Operovaná strana:

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Chirurgický výkon pod endoskopickou kontrolou. Řeší různá onemocnění, jako jsou polypóza (vícečetné polypy), chronický zánět sliznice dutiny, tvorba cyst (duté útvary), nezhoubné nádory.

Doporučený výkon má především následující rizika:

- Krvácení, výrazné krvácení po operaci se vyskytuje zřídka. Výrazné krvácení nebo krvácení do očnice musí být řešeno obvykle další operací v celkové anestézii a uzavřením krvácející cévky z endoskopického nebo i zevního přístupu. Větší krevní ztráty mohou znamenat nutnost krevní transfuze. Menší krvácení se řeší přední či zadní nosní tamponádou (vyplnění nosní dutiny tampony s vazelínou). Mírná příměs krve v nosním sekretu po operaci je běžným jevem!
- Porušení celistvosti tenké kostěné stěny očnice s tvorbou modřin v oblasti oka, výjimečně s postižením zrakového nervu s možnou následnou poruchou zraku nebo oslepnutím.
- Zánět nosní sliznice, projevuje se hnisavým výtokem a zvýšenou teplotou, popřípadě horečkou, podávají se celkově antibiotika.
- Porušení kostěné spodiny dutiny lebeční s únikem mozkomíšního moku, řešení je chirurgické s podáváním antibiotik.
- Srůsty mezi jednotlivými otevřenými dutinami a dalšími nosními strukturami, často jsou bez příznaků, řeší se rozrušením v místním znecitlivění ambulantně.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Konzervativní léčba spočívá v podávání kortikosteroidů ve formě sprejů a tablet. Menším chirurgickým zákrokem je odstranění jen největších překážek nosní průchodnosti, který je možno provést i v místním znecitlivění, pokud celkový stav pacienta neumožní podat celkovou anestézii (znecitlivění).

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Výkon se provádí většinou v celkové anestézii (znecitlivění). Podstatou operace je odstranění nežádoucích útvarů v jednotlivých nosních a vedlejších nosních dutinách a uvolnění přirozených vývodů vedlejších nosních dutin. Po operaci a jako prevence pooperačního krvácení se obě části nosní dutiny vyplňují vazelínovými tampony, které se obvykle odstraňují za 24 hodin po výkonu. Dýchání je možné ústy. K zajištění správného hojení se do otevřených dutin vkládá tamponáda tkalounem napuštěným hojivými mastmi a ponechává se 5-7 dní.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Hospitalizace trvá obvykle 4 dny. Hojení 3 týdny. Po operaci bývá zvýšená teplota. Nosní tamponáda může lehce prosakovat ranným sekretem. Odstraňuje se 1. nebo 2. pooperační den. Případné bolesti nosu a hlavy jsou tlumeny analgetiky. Vynětí mastných vnitřních tkalounů z dutin proběhne při kontrole za 5-7 dní od operace. Pracovní neschopnost trvá přibližně 3 týdny, dle rozsahu výkonu a průběhu hojení.

Změnu zdravotní způsobilosti nepředpokládáme.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Další potřebná léčba:

Pooperační péče spočívá v pravidelné aplikaci nosních kapek se stahujícím účinkem na cévy, vstřikování Vincentky nebo mořské vody do obou nosních dírek a v nanášení speciálních nosních mastí do nosu. Otok sliznic a tvorba krust z nasychajícího hlenu a zbytků krve není komplikací, ale normálním stadiem hojení sliznice. Většinou probíhá 14 dní po operaci. Klidový režim a pooperační kontroly dle doporučení ošetřujícího lékaře.

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý/á nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý/á:

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a v rozsahu, který je uveden výše.

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

V Praze dne

.....
podpis pacienta / zákonného zástupce

.....
jméno, příjmení a podpis lékaře

.....
podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností

Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen/a se podepsat:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil/a svou vůli:

.....
jméno, příjmení a podpis svědka