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): **TONZILEKTOMIE - ODSTRANĚNÍ KRČNÍCH (PATROVÝCH) MANDLÍ U DÍTĚTE** **Operovaná strana:**
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Výkon, na který přichází vaše dítě, je chirurgické odstranění jedné nebo obou krčních mandlí (tonzilektomie). Důvody k operaci krčních mandlí jsou: - Nejčastěji opakované záněty mandlí (angíny), vleklý (chronický) zánět provázený někdy celkovými příznaky (bolesti kloubů, zánět močových cest a další). Mandle se stávají zdrojem infekce pro další orgány i pro okolí. - Výrazné zvětšení krčních mandlí spojené s chrápáním, chvilkovou zástavou dechu ve spánku, huhňavostí, poruchou příjmu potravy aj. - Paratonzilární absces tj. dutina za mandlí vyplněná hnisem jako relativně častá komplikace zánětu mandlí. <u>Možná rizika:</u> Možnou velmi řídkou komplikací je časné či pozdní krvácení z operační rány, které si může vyžádat operační revizi rány (revize = oprava, úprava). V případě větší ztráty krve může být nutný krevní převod. Zánětlivé komplikace doprovázené zvýšenou teplotou řešíme podáním antibiotik.
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Neoperovat a jednotlivé ataky (prudkých záchvat choroby), infekce léčit antibiotiky.
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Operace se provádí v celkové narkóze. Mandle se vypreparují (vypreparovat = vyjmout pomocí rukou nebo nástrojů a přístrojů) a odstřihnou ocelovou kličkou.
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: V případě bezproblémového průběhu trvá hospitalizace 3-4 dny. Pak je dítě propuštěno do domácího ošetřování. První dny spíše na lůžku, kašovitá resp. měkká strava, celkem 14 dnů mimo kolektiv a šetřící režim.
Další potřebná léčba: Kontrola na naší ambulanci za týden, v případě nutnosti ihned.
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

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.:**

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