**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):**

☐ **LASEREM ASISTOVANÁ PLASTIKA PATRA (LAUP)**
☐ **RADIOFREKVENČNĚ ASISTOVANÁ PLASTIKA PATRA (RAUP)**

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

LAUP nebo RAUP je chirurgická úprava měkkého patra z důvodů chrápání či lehkých zástav dýchání během spánku. Provádí se zkrácení čípku, nářezy měkkého patra nebo jen aplikace radiofrekvenční energie do měkkého patra vpichy, což vede k jeho zpevnění.

V indikovaných případech (zvětšení kořene jazyka) může být výkon doplněn o radiofrekvenční ablaci kořene jazyka. Výkon spočívá v zavedení speciální jehlové elektrody do kořene jazyka a následné aplikaci radiofrekvenční energie.

Cílem operace je zmenšení intenzity chrápání, v ideálním případě úplné vymizení.

Výkon se provádí převážně v místním znecitlivění a vyžaduje spolupráci pacienta s operatérem. Používá se elektrochirurgický radiofrekvenční generátor (přístroj vytváří elektrický proud s vysokou frekvencí cca 4MHz - dochází k menšímu tepelnému poškození tkání a rychlejšímu hojení) či diodový laser.

Výkon není hrazen ze systému zdravotního pojištění a z tohoto důvodu je zpoplatněn.

Komplikací výkonu může být krvácení z nářezů patra, přechodný otok operované části patra, nebo pooperační infekce v ráně. Tyto komplikace se léčí podáním antibiotik, léků proti krvácení a otoku tkání.

**Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:**

Jinou možnosti je standardní chirurgická plastika měkkého patra za použití skalpelu a šití. Současně se odstraní i krční mandle. Výkon je více bolestivý a provádí se v celkové anestezii.

**Zdravotní výkon bude probíhat takto:**

Operace se provádí v místním znecitlivění, nebo výjimečně v celkové anestézii. Pacient sedí na operačním křesle, provede se slizniční, pak místní umrtvení měkkého patra. Následně operatér provede odstranění nadbytečné tkáně patra nebo jeho zpevnění vpichy. Možná je i kombinace obou metod k dosažení co největšího efektu.

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

Výkon je prováděn ambulantně. Po operaci se pravidelně vyskytují různě silné bolesti v dutině ústní, někdy vystřelující do uší, může být zhoršené otevírání úst. Tím může být někdy i významně narušen normální příjem potravy. Bolesti se tlumí se analgetiky, kloktáním, ledováním operované krajiny.

Po operaci je několik dnů nutná měkká, nedráždivá, kašovitá strava. Po operaci se může objevit zvýšená teplota, vzácněji horečka. Délka pracovní neschopnosti je obvykle jeden až dva týdny v závislosti na rozsahu výkonu a průběhu hojení. Změnu zdravotní způsobilosti nepředpokládáme.

**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.:** |
|---|---|

**Další potřebná léčba:**

Klidový režim, dostatek tekutin, prevence infekce dutiny ústní. Užívat léky ordinované či doporučené lékařem, dodržování termínů kontrol určených lékařem.

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

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

**Prohlašuji, že jsem byl poučen 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 se podepsat:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli:

……

jméno, příjmení a podpis svědka