

Zavřená repozice nosních kůstek

Poj.:

Strana 1 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

Vážená pacientko, vážený paciente, vážení rodiče,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu (zdravotnímu stavu Vašeho dítěte) je Vám doporučeno provedení výše uvedeného zákroku (výkonu). Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku. Seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout dát k provedení zákroku svůj souhlas.

Zákonný zástupce pacienta: - - -

Lékař, který provedl poučení: FlexFormClientExt

Vážená paní, vážený pane,

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován.

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byl lékařem indikován operační zákrok - zavřená repozice nosních kůstek.

Co je zavřená repozice nosních kůstek:

Uspořádání kostních fragmentů zlomených nosních kůstek správného postavení. Kosmetická korekce zevního nosu.

Důvod (indikace) tohoto výkonu:

Zlomenina nosních kostí s nevyhovujícím postavením kostních úlomků a deformací zevního nosu s event. vybočením nosní přepážky.

Režim pacienta před výkonem:

Před výkonem je nezbytné minimálně 6 hodin nejíst, nepít a nekouřit! Doba lačnění před výkonem se prodlouží na nezbytně nutnou dobu. Informujte svého ošetřujícího lékaře o všech lécích a přípravcích, které užíváte pravidelně i občas.

Postup při provádění výkonu:

V krátkodobé celkové anestézii (parkoze) tahem nástrojů zavedených do nosních průduchů a tlakem prsty zevně na nosní pyramidu jsou kostní fragmenty uspořádány do vyhovujícího postavení. Do nosních průduchů mohou být zavedeny nosní proužky a někdy i zevně naložena dlaha k stabilizaci kostních úlomků. Operační tým si vyhrazuje právo v případě nutnosti (v závislosti na místním nálezů či celkovém stavu organismu) plánovaný výkon modifikovat (rozšířit jej, event. vůbec nenarovnat).

Možné komplikace:

I při správném postupu v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy (lege artis) mohou vzniknout v souvislosti s uvažovaným zákrokem např. tyto komplikace:

Výraznější krvácení v průběhu operace anebo po vytažení nosních proužků. Rozvoj zánětu v oblasti nosních průduchů, vznik krevního výronu v přepážce.

Ne každá zlomenina nosních kůstek lze zavřenou metodou zcela reponovat do původního tvaru zevního nosu.

Další rizika jsou spojená s přihlédnutím k individualitě pacienta a jeho celkovému zdravotnímu stavu: poruchy srdce a oběhu, plicní komplikace a infekční komplikace, alergické reakce

V případě jakýchkoliv potíží (bolesti, krvácení, dušnost atd.) okamžitě upozorněte ošetřujícího lékaře

Zavřená repozice nosních kůstek

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

Režim pacienta po výkonu:

Nosní proužek bude odstraněn první pooperační den. Po vytažení je vhodné aplikovat nosní kapky k anemizaci nosních sliznic. Délka hospitalizace je 2 dny, rekonvalescence po propuštění asi 7 dní.

Alternativy výkonu:

Alternativou výkonu je jeho neprovedení. Důsledky mohou být estetické (deformace, vybočení nosního skeletu) a funkční (zhoršené dýchání nosem). Po zhojení zlomeniny (2-3 týdny) je možná již pouze plastická úprava zevního nosu a přepážky (rhinoplastika).

Rizika alternativního postupu:

Neprůchodnost nosní, bolesti hlavy, záněty dutin, kosmeticky nevyhovující deformace zevního nosu.

Prohlášení o informovaném souhlasu:

Prohlašuji, že jsem tento informovaný souhlas četl(a) a že mi bylo lékařem sděleno a vysvětleno:

- jaký je účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky, možná rizika a komplikace výkonu,
- zda plánovaný výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost si zvolit jednu z alternativ,
- k jakým omezením v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti a změnám v pracovní způsobilosti může příslušný zdravotní výkon vést,
- jaký léčebný režim, následná zdravotní a preventivní opatření jsou vhodná po plánovaném výkonu.

Dále prohlašuji, že jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co považuji v souvislosti s navrhovaným výkonem za podstatné, a že moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny.

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a) a považuji své poučení za dostatečné.

Prohlašuji, že na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením navrhovaného zdravotního výkonu.

Souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života byly tyto výkony provedeny.

Byl(a) jsem také poučen(a) o tom, že mohu svůj souhlas s lékařským výkonem kdykoliv před zákrokem odvolat.

Jako zákonný zástupce

~~nezletilého pacienta,~~

~~pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, nebo~~

~~pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům~~

svým podpisem stvrzuji, že jsem obdržel příslušné informace a že tyto výše uvedené informace byly v přiměřeném rozsahu a formě též poskytnuty pacientovi.

Ve Frýdku-Místku dne: **27.6.2016 07:02**

Zavřená repozice nosních kůstek

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

podpis pacienta / zákonného zástupce

podpis lékaře

Podpis svědka poučení a souhlasu pacienta/zákonného zástupce, pokud pacient/zákonný zástupce není schopen se vlastnoručně podepsat:

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

Způsob, jak pacient/zákonný zástupce projevil svou vůli:

Jméno, příjmení, podpis svědka: ---

podpis svědka (svědků)