

Odstranění nosní mandle (Adenoidektomie)

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,

Operační zákrok, který Vám (Vašemu dítěti) byl doporučen, vyžaduje Vás informovaný souhlas. Vzhledem k vývoji Vašeho onemocnění (onemocnění Vašeho dítěte) Vám navrhuje a doporučuje operaci. Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám (Vašemu dítěti) byl lékařem indikován operační zákrok - adenoidektomie.

Co je adenoidektomie:

Odstranění zbytnělé nosohltanové mandle.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Zbytnělá nosohltanová mandle (adenoidní vegetace) vplňuje nosohltan a působí jako mechanická překážka dýchání, zhoršuje funkci Eustachovy trubky s následnou poruchou sluchu. Jako infekční ložisko bývá zdrojem častých opakovaných respiračních infekcí a recidivujících zánětů středního ucha. Cílem operace je zlepšení dýchání nosem, úprava poruchy sluchu a odstranění infekčního ložiska.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Před výkonem v zájmu svého dítěte dbejte na to, aby Vaše dítě nejméně 6 hodin před operací nejedlo a nepilo! Doba lačnění před výkonem se může prodloužit na nezbytně nutnou dobu.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Operace se provádí v celkové anestézii (márkóze) v poloze na zádech. Po zavedení endoskopu - optického trubicovitého nástroje s vlastním osvětlením napojeného na kameru a videoobrazovku - přes dutinu nosní nebo ústní je zprůhledněn nosohltan. Operátor pod zrakovou kontrolou kyretou zavedenou ústy mandli odstraní. Krvácení bývá nevelké a je stavěno kompresí tampony popř. elektrokoagulací.

Operační tým si vyhrazuje právo v případě nutnosti (v závislosti na místním nálezu či celkovém stavu organismu) plánovaný výkon modifikovat (rozšířit jej, event. vůbec neprovést).

Jaké jsou nejčastější 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:

- krvácení časná (do 24 hodin po výkonu), krvácení pozdní (do 10-14 dnů po operaci),
- poranění ústí Eustachovy trubky s poruchou sluchu
- zvracení krve spolykané během operace
- bolest v krku
- zánět středního ucha
- poranění zubů
- přechodný spasmus šijových svalů (vynucená poloha hlavy na jednu stranu)

Odstranění nosní mandle (Adenoidektomie)

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

Další rizika jsou spojená s přihlédnutím k individualitě pacienta a jeho celkovému zdravotnímu stavu: poruchy srdce a oběhu, plicní komplikace, poruchy hojení ran a infekční komplikace, alergické reakce
V případě jakýchkoliv potíží (bolesti, krvácení, dušnost atd.) okamžitě upozorněte ošetřujícího lékaře !

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Doba hospitalizace je 2-3 dny v případě bez komplikací. Za 4-6 hodin po výkonu je lékařem kontrolováno, zda dítě nekrváčí.

Po operaci je nutné dodržovat tyto zásady:

klidový režim s vyloučením dětského kolektivu,

sprchovat se vlažnou (ne horkou) vodou, vyhýbat se horkým a dráždivým jídlům či nápojům,

1 Alternativy výkonu:

Alternativy operačního výkonu nejsou.

Rizika neprovedení výkonu:

Ponechání ložiska infekce s vývojem místních či celkových zánětlivých komplikací. Recidivující respirační infekty, recidivující záněty středouší, porucha sluchu s rozvojem chronického středoušního zánětu. Rozvoj nepříznivých dýchacích návyků - dýchání ústy.

Prohlášení o informovaném souhlasu:

Prohlašuji, že jsem tento informovaný souhlas čet(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, následné 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.

Odstranění nosní mandle (Adenoidektomie)

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

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**

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)