

Přímé vyšetření hrtanu (direktní mikrolaryngoskopie)

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 nebo jako preventivní opatření k časnému rozpoznání možných chorobných změn v horní části dýchacího a trávicího traktu, hrtanu, hltanu a jícnu, Vám bylo lékařem indikováno endoskopické vyšetření - přímé vyšetření hrtanu (direktní mikrolaryngoskopie).

Co je přímé vyšetření hrtanu:

Zobrazení hltanu a hrtanu rigidním (pevným) kovovým optickým přístrojem v celkové anestézii v mikroskopickém zvětšení a následné případné léčebné nebo diagnostické výkony (odstranění polypů, nádorů, zbytnělé sliznice hlasivek či zánětlivých změn, odstranění cizího tělesa, odebrání vzorků podezřelých tkání).

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Při podezření na nádorové onemocnění hlasivek odběr malého vzorku tkáně na histologické vyšetření, při nezhoubných onemocněních hrtanu (zpěvácké uzlíky, polypy apod.) jejich mikrochirurgické odstranění.

Jaký je 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.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Výkon se provádí v celkové anestézii v poloze na zádech se záklonem hlavy. Kovový tubus se posunuje přes ústní dutinu dále do hltanu a následně do nitra hrtanu. Je vybaven vlastním zdrojem světla a případné chorobné změny jsou v mikroskopickém zvětšení dobře přehledné. Tubusem mohou být zavedeny mikronástroje nutné k léčebným nebo diagnostickým výkonům.

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:
přechodné zhoršení hlasu po operaci, zhoršení dýchání,

Přímé vyšetření hrtanu (direktní mikrolaryngoskopie)

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

bolest v krku, bolesti krční páteře,
uvolnění kariézního chrupu,
krvácení,
poranění vyšetřovaného orgánu nástrojem s možnou perforací (proděravěním),
zánět
dušení s nutností provedení tracheotomie (vyústění průdušnice zevně na krku)

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

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. Po výkonu může být hlas přechodně ztížen, je třeba jej šetřit, nešeptat, nekřičet a nekouřit!!! Předpokládaná doba rekonvalescence po propuštění z nemocnice činí v průměru 7-10 dnů. (Oba číselné údaje jsou udávanou průměrnou hodnotou a mohou se lišit v závislosti na individualitě pacienta a v závislosti na vzniklých komplikacích).

Alternativy operačního výkonu

Provedení výkonu flexibilním endoskopem. Možnost odběrů vzorků či ošetření změn na hlasivkách je však při flexibilní endoskopii malá.

Rizika neprovedení výkonu

Trvalé zhoršení hlasu, růst nádoru, dušení.

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.

Přímé vyšetření hrtanu (direktní mikrolaryngoskopie)

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

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**

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 projeví svou vůli:

Jméno, příjmení, podpis svědka: ---

podpis svědka (svědků)