

Septorhinoplastica

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 - septorinoplastika.

Co je septorinoplastika:

Korekce zevního nosu (vybočení, hrb) a částečné odstranění a úprava vybočené chrupavčité anebo kostní tkáně nosní přepážky.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

zajištění nosní průchodnosti a symetrického dýchání oběma nosními průduchy, odstranění jedné z příčin chronického zánětu nosu a nosních dutin a chrápání, kosmetická korekce tvaru zevního nosu.

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:

Nejprve se provádí korekce nosní přepážky - v celkové anestézii operátor podá injekci na zmenšení krvácení do oblasti sliznice nosní přepážky, narízne sliznici v oblasti nosní předsíně a po odklopení sliznice a okostice odstraní nadbytečnou chrupavku anebo kost nosní přepážky. Nosní přepážku poté umístí do střední čáry. Poté následuje korekce zevního nosu - operátor uvolní kostěný rámeček zevního nosu tak, aby byla umožněna jeho úprava ve smyslu tvaru i polohy, případně smesení nadbytečné části (hrb). Postupuje z řezů uvnitř nosní dutiny (event. s odklopením nosní špičky s malým řezem v přední části nosu) s drobnou řeznou ránou v oblasti kořene nosu. Po obou stranách nosní přepážky umístí umělohmotné ploténky (endonazální splint), které přichytí stehem. Na závěr operace zavede do obou nosních průduchů proužky (přední nosní tamponáda), kterými úplně vyplní oba nosní průduchy. Tyto slouží jako prevence krvácení v pooperačním období a prevence vzniku krevní sraženiny v oblasti přepážky. Na oblast zevního nosu přichytí zevní dlahu nebo sádrový obvaz, které budou udržovat nos v žádané poloze. Po operaci se můžou vytvořit výrazné krevní výrony v oblasti víček a tváří. Vstřebají se asi do 2-3 týdnů.

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:

Nemocnice ve Frýdku-Místku,
příspěvková organizace

El. Krásnohorské 321, Frýdek
738 01 Frýdek-Místek

IČ: 00534188

DIČ: CZ 00534188

Organizace je zapsána v obchodním rejstříku KS OV,
oddíl Pr, vložka 938

Tel.: +420 558 415 111 - spojovatelka

Fax: +420 558 415 010

E-mail: sekretariat@nemfm.cz

Web: www.nemfm.cz

Septorhinoplastica

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

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 přední nosní tamponády,
oslabení nosního skeletu, deformace nosního hřbetu
ztížené hojení rány (krusty, otoky, infekce, častější krvácení, srůsty),
zánětlivé komplikace,
poškození očních struktur až slepota,
proděravění nosní přepážky,
komunikace do nitrolebni

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:

2-3 dny bude dutina nosní vyplněna mastnou gázou (přední nosní tamponáda), poté bude vytažena. Po vytažení je vhodné aplikovat nosní kapky a slaný roztok k výplachům (rozpouštění a snadnější čištění od krust, hleny a snížení otoku sliznice). Zevní dlahu bude odstraněna po 7-10 dnech. Vnitřní dlahu bude odstraněna po 10-14 dnech. Délka hospitalizace je 7-10 dní, rekonvalescence po propuštění asi 14-21 dní.

Alternativy výkonu:

Alternativy operačního výkonu nejsou.

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

Septorhinoplastica

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

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**

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)