

Úprava vybočené nosní přepážky (septoplastika)

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 váš informovaný souhlas. Vzhledem k vývoji Vašeho onemocnění (onemocnění Vašeho dítěte) Vám navrhuje a doporučuje operaci. Na základě Vašeho aktuálního zdravotního (Vašeho dítěte) Vám (Vašemu dítěti) byl lékařem indikován operační zákrok - septoplastika.

Co je septoplastika:

Úprava nebo odstranění vybočené chrupavčité nebo kostní tkáně nosní přepážky z přístupu nosem v celkovém znečitlivění.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Zlepšení nosní průchodnosti, symetrické dýchání během nosními průduchy, zamezení zánětů nosu a vedlejších nosních dutin.

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:

V celkové anestézii operátor podá injekci na zmenšení krvácení do oblasti sliznice nosní přepážky, nařízne sliznici v oblasti nosní předsíně a po odklopení sliznice a okostice upraví a srovná nebo odstraní vybočenou či deformovanou chrupavku anebo kost nosní přepážky a přiklopí sliznici. Na závěr operace zavede do obou nosních průduchů tenké plastové nosní dlažky a nasadí nosní 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. Přední nosní tamponáda zůstane v nose 1-2 dny, poté bude vytažena. Nosní dlažky budou vytaženy při první kontrole (asi 1 týden) po propuštění. Po výkonu není patrná zevně na nose žádná viditelná jizva. 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:

- Oslabení nosního skeletu, deformace nosního hřbetu,

Úprava vybočené nosní přepážky (septoplastika)

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

- krvácení,
- zánětlivé komplikace,
- proděravění nosní přepážky,
- jizevnaté srůsty,
- proděravění tvrdého patra
- komunikace do nitrolebí s vytvořením likvorové píštěle, rozvojem zánětu mozkových blan, tkání.

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:

1-2 dny bude v dutině nosní přední nosní tamponáda, poté bude vytažena. Po vytažení je nutné používat solné roztoky k proplachům nosní dutiny k zamezení tvorby krust a zajištění hygieny nosních průduchů. Délka hospitalizace je cca 4-5 dnů. Doba rekonvalescence po propuštění z nemocnice činí v průměru 7-14 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

Nejsou

Rizika alternativního postupu

Neprůchodnost nosní, bolesti hlavy, záněty vedlejších nosních dutin.

Prohlášení o informovaném souhlasu:

Prohlašuji, že jsem tento informovaný souhlas čísl(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.

Úprava vybočené nosní přepážky (septoplastika)

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)