

## Uvulopalatofaryngoplastika (UPPP)

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: uvulopalatofaryngoplastika.

**Co je uvulopalatofaryngoplastika:**

Odstranění krčních mandlí, plastika měkkého patra a patrového cípku při užití klasických chirurgických nástrojů.

**Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:**

Důvodem operace je prodloužení měkkého patra, patrového cípku, a zmnožení tkání v oblasti hltanu. V důsledku toho dochází k zúžení prostoru pro dýchání. Dýchání je během spánku přerušováno apnoickými pauzami (vynecháváním dýchání na různě dlouho dobu), které mohou vést k špatnému okysličení tkání (zejména srdečního svalu a mozku aj.), které může vést k jejich poškození. Zároveň dochází ke vzniku nežádoucích zvuků - chrápání. Cílem operace je zvětšit prostor pro dýchání v oblasti horních dýchacích cest a zajistit tak dostatečný přísun kyslíku ke tkáním během spánku a zpevnit struktury, jejichž vibrací dochází k nežádoucím zvukům - chrápání.

**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. (Netýká se operací v místním umrtvení).

**Jaký je postup při provádění výkonu:**

Operace se provádí v místní nebo celkové anestézii na operačním sále v poloze na zádech nebo v polosedě. Operátor z přístupu ústy pomocí chirurgických nástrojů, ev.radiofrekvenční jehlou odstraní patrové mandle, zkrátí, upraví a zpevní měkké patro a patrový cípek.

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:**

Úspěch lékařských výkonů a jejich absolutní nerizikovitost nelze nikdy zcela zajistit. Nejčastější možné komplikace jsou:

- přetrvávání chrápání (asi ve 20- 30% případech)
- krvácení časně 3-7 % nemocných (do 24 hodin po výkonu), krvácení pozdní (do 10-14 dnů po operaci),
- výrazná bolestivost s vystřelováním do uší, omezení příjmu potravy,

## Uvulopalatofaryngoplastika (UPPP)

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

- poranění patrových oblouků a měkkého patra se vznikem huhňavosti, zatékání potravy do nosohltanu,
- porucha chuti
- zánět, sepse (celková otrava krve), špatné hojení rány.

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:

Délka hospitalizace je cca 3-7 dnů, při ztíženém hojení se může prodloužit. Rekonvalescence po propuštění cca 7 - 14 dnů. (Oba číselné údaje jsou udávány průměrnou hodnotou a mohou se lišit v závislosti na individualitě pacienta a v závislosti na vzniklých komplikacích).

### Alternativy operačního výkonu

Dýchání v noci přes obličejovou masku napojenou na přístroj (CPAP). Při tomto řešení je nutné, aby byly volné dýchací cesty.

### Rizika alternativního postupu

Vznik komplikací ze syndromu spánkové apnoe (hypertenze, přetížení srdce, mozková cévní příhoda).

### 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 podanými 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

## Uvulopalatofaryngoplastika (UPPP)

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

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)