

## ADENOTOMIE (ODSTRANĚNÍ NOSNÍ MANDLE)

Pacient/ka: ..... Narozen/a: .....  
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojištění): ..... / ..... Kód ZP: .....

Bydliště: .....

Zákonný zástupce: ..... Vztah: .....  
titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)

Narozen/a: ..... Bydliště: .....  
(liší-li se od bydliště pacienta/ky)

### Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

na základě předchozích vyšetření Vám/Vašemu dítěti doporučil ošetřující lékař provedení adenotomie - odstranění nosní mandle, k jejímuž provedení je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vás chceme informovat o přípravě, způsobu provedení, významu i možných komplikacích tohoto výkonu.

Nosní mandle se nachází v nosohltanu (za nosem). Především u dětí dochází k jejímu zvětšení, což má za následek zhoršené dýchání nebo chrápání. Dalším důvodem odstranění jsou časté rýmy a infekce horních cest dýchacích či záněty středního ucha. Odstranění nosní mandle nemá žádný vliv na imunitní systém organismu (systém obranyschopnosti).

### Příprava k výkonu

Výkon provádíme v celkovém znecitlivění (narkóze), proto je nutné podstoupit před operací celkové vyšetření. V den operace **nesmíte od půlnoci jíst, pít ani kouřit**.

### Postup při výkonu

Operujeme otevřenými ústy pomocí speciálního nástroje tak, aby nedošlo k poškození okolní tkáně.

Výkon je prováděn pod endoskopickou kontrolou (kontrola zrakem lékaře pomocí přístroje) a trvá velmi krátce (minuty).

### Rizika a možné komplikace výkonu

Vzácně se vyskytují všeobecná rizika zákroku spojená s podáním anestézie jako např. trombóza (ucpání žíly krevní sraženinou), embolie (ucpání cévy pohyblivým vmetkem), poruchy krevního tlaku, poruchy srdeční činnosti, infekce v ráně, alergická reakce na podávané léky nebo na dezinfekční prostředky.

Vedlejšími projevy a možnými riziky této operace mohou být ospalost a neklid těsně po operaci, krátkodobé bolesti v krku, krvácení, dočasně huhňavost, vzácně záněty kůže v místě vpichu injekce. Velmi vzácně se může vyskytnout výrazné krvácení, zánět v oblasti krčních uzlin s možností dočasného omezení hybnosti krku.

### Chování po výkonu, možná omezení

Reakce a schopnosti budou po výkonu v celkové anestézii omezeny (především prvních 24 hodin), proto se řiďte pokyny zdravotnického personálu. Výkon je často spojen s krvácením, které je nutno sledovat. Bolesti budou tlumeny podáváním léků proti bolesti. V některých případech musí být podávána antibiotika. Asi 1 týden budete / Vaše dítě bude jíst měkkou stravu a **nesmíte se koupat v teplé vodě**. Očkování u dětí lze provést nejdříve za 2 měsíce po zákroku.

Doba pobytu v nemocnici je 3 dny, dále pak asi 1 - 2 týdny klidový režim v domácím prostředí.



Pacient/ka: .....

Rodné číslo: .....

Dovoluujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Blížší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

**PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)**

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují.

Nezamířel/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu).

Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a беру na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

**Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).**

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta s omezenou svéprávností) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

**POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVÉPŘÁVNOSTÍ K VYSLOVENÍ SOUHLASU:**

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

- Pacient/ka **je** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
- Pacient/ka **není** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....  
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis



Pacient/ka: .....

Rodné číslo: .....

V Plzni dne: ..... v ..... hodin .....  
podpis pacienta/ky (podpis zákonného zástupce)

**Vyplňte v případě, že pacient/ka je způsobilý/á k udělení souhlasu, ale nemůže se s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):**

**Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:**

**Náhradní způsob projevu vůle (souhlasu):**

kývnutím hlavy  gestem: .....  očima  jinak: .....

Svěděk: .....  
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresa a datum narození)

**Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a souhlas podepsat:**

**Pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a tento souhlas podepsat.**

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....  
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

.....  
podpis

Svěděk: .....  
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresa a datum narození)