

## LASEROVÁ UVULOPALATOPLASTIKA (laserová úprava měkkého patra)

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,

na základě předchozích vyšetření Vám / Vašemu dítěti doporučil ošetřující lékař provedení tzv. laserové uvulopalatoplastiky - úpravy měkkého patra pomocí laseru. Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevykládají. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

### Důvod provedení výkonu

**Syndrom spánkové apnoe** (přechodná zástava dechu ve spánku) je soubor patologických (chorobných) příznaků či jevů způsobených kolapsem dýchacích cest během spánku. Jedním ze zevních projevů je chrápání. Při spánku dochází k přestávkám v dýchání (ty jsou často pozorovány partnerem). Během těchto pauz dochází k poklesům hladiny kyslíku v krvi a dalším nerovnováhám v krevních plynech a k pravidelným probouzecím reakcím, které narušují Váš spánek. Výsledkem je chronická únava, bolesti hlavy, denní spavost až mikrosnáňky, snížená výkonnost a v neposlední řadě např. zhoršení již přítomných kardiovaskulárních chorob (onemocnění srdce a cév).

Chrápání je projevem překážky v horních dýchacích cestách. Tato překážka zužuje dýchací cesty a během spánku, kdy dochází normálně k povolání svalů udržujících volnost dýchacích cest, dojde nejen k povolání, ale chvílemi i k uzavření dýchacích cest. Organismus se snaží tuto překážku překonat (přetlačit) a vedlejším projevem této snahy je zvuk - chrápání.

Překážka může být kdekoliv v horních dýchacích cestách, ve Vašem případě byla nalezena v oblasti měkkého patra. Problém je zde způsoben povolením (ochabnutím) měkkého patra, nebo jeho ztlustěním, případně kombinací obou. Chrápání - vydávaný zvuk je způsoben proudem vzduchu přes vjalící (kmitající) měkké patro a někdy (v pozdějších stádiích) i kmitáním okolní sliznice nosohltanu a hltanu.

### Příprava k výkonu

Operaci provádíme v analgosedaci, což je zklidnění až lehké usnutí anesteziologem pomocí nitrožilních preparátů v kombinaci s lokálním umrtvením operátérem. Analgosedace je výrazně lépe snášena než klasická celková anestézie.

### Postup při výkonu

V případě nadměrně ztlustělého měkkého patra bude provedeno jeho zmenšení - seříznutí přebytečné tkáně. Při povoleném měkkém patře bez přebytečné tkáně bude provedeno jeho zjizvení mělkými slizničními nářezy. Oba typy výkonů provádí operátor laserem s koncovkou speciálně upravenou pro operování v dutině ústní.

### Rizika a možné komplikace výkonu

Vzácně se vyskytují všeobecná rizika zákroku spojená s podáním anestézie jako např. trombóza (vytvoření se krevních sraženin v žilách, např. dolních končetin), embolie (druhotné uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), poruchy krevního tlaku, poruchy srdeční činnosti, infekce v ráně, alergická reakce na podávané léky, dezinfekční prostředky, záněty žil v místě infuze.



Vedlejší projevy a možná rizika této operace jsou ospalost těsně po operaci, bolesti v krku, mírné krvácení z rány, vzácně infekce v ráně, změna barvy hlasu, vytvoření nežádoucí jizvy, zatékání tekuté potravy do nosohltanu, potíže s polykáním.

### Chování po výkonu, možná omezení

Vaše reakce a schopnosti budou po výkonu v analgosedaci omezeny (především prvních 24 hodin), proto se řiďte pokyny zdravotnického personálu. Někdy je nutno nasadit po výkonu antibiotikum, v případě bolesti se podávají léky proti bolesti, **nutné je během následujících dní hodně pít.**

Lékař bude pravidelně kontrolovat operační ránu. Minimálně týden po operaci **nesmíte jíst ani pít horká, silně kořeněná nebo solená jídla či nápoje.**

Pobyt v nemocnici je 2 - 3 dny. Pracovní neschopnost trvá obvykle 1 - 2 týdny.

Pokud jste něčemu nerozuměl/a nebo máte doplňující otázky, obraťte se na ošetřujícího lékaře nebo sestru.

Dovolujeme 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. Bližší 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.

Nezamlčel/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 beru 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.



Pacient/ka: .....

Rodné číslo: .....

**POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVĚPRÁVNOSTÍ 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

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)