

TONZILEKTOMIE NEBO TONZILOTOMIE (odstranění nebo zmenšení krčních mandlí)

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 tzv. tonzilektomie (odstranění) nebo tonzilotomie (zmenšení) krčních mandlí. Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace o přípravě, způsobu provedení, významu i možných komplikacích tohoto výkonu.

Důvod výkonu

Především v raném dětství představují krční mandle důležitý orgán obranyschopnosti organismu. Spolupodílejí se na vytváření protilátek, které jsou poté k dispozici po celý život. Význam mandlí v tomto procesu postupně klesá. Kromě mandlí se v oblasti horních cest dýchacích nacházejí další místa, která se podílejí na obranyschopnosti organismu. Odstranění krčních mandlí tudíž nemá na imunitu (obranyschopnost) zásadní vliv.

Důvody k odstranění mandlí jsou opakované záněty mandlí (angíny), chronický zánět mandlí, některá onemocnění (klouby, ledviny, srdce), absces (hnisavé ložisko) v okolí mandle.

Při pouhém výrazném zvětšení mandlí s poruchou dýchání a polykání se někdy provádí pouze zmenšení krčních mandlí – tonzilotomie.

Alternativy (jiné možnosti) léčby/řešení zdravotního problému

Výkon se může provést klasickými nástroji (chirurgicky), případně laserem nebo radiofrekvenčně. Ve Vašem případě je nejvhodnější provedení tonzilektomie nebo tonzilotomie klasickými nástroji.

Příprava k výkonu

Výkon provádíme buď v místním znečítlivění (znečítlivující injekce do oblasti mandle a jejího okolí), častěji však v celkové narkóze (anestézii), kdy musíte před výkonem podstoupit celkové vyšetření. Celkovou narkózu podává lékař specialista - anesteziolog. Ten Vám při anesteziologickém vyšetření podá o způsobu znečítlivění podrobné informace.

V den výkonu nesmíte od půlnoci jíst, pít ani kouřit.

Postup při výkonu

Výkon je prováděn klasickými nástroji po otevření úst (často pomocí speciálního rozvěrače). Mandle se odstraňují z lůžka tak, aby se šetřila okolní tkáň. Krvácení je stavěno zpravidla elektrokoagulací (ošetřením místa krvácení elektrickým proudem).

Rizika, následky 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 dezinfekční prostředky, záněty žil. Někdy může dojít během výkonu k poškození zubu (u špatného chrupu).

Vedlejší projevy a možná rizika této operace jsou ospalost a neklid těsně po operaci, bolesti v krku (někdy vystřelující do ucha), polykací obtíže, krvácení. Po výkonu může dojít ke krvácení, někdy i masivnímu (značnému), dále se může vyskytnout zánět (teploty, bolesti v krku, zvětšené mízní uzliny na krku), porucha chuti, která trvá několik dní až měsíců, zcela výjimečně je trvalá. Po zjizvení lůžek může být porucha polykání, výjimečně i trvalá.

Chování po výkonu, možná omezení

Vaše reakce a schopnosti budou po výkonu v celkové narkóze (anestézii) omezeny (především prvních 24 hodin), proto se řiďte pokyny zdravotnického personálu. Výkon bývá často spojen s krvácením (**vždy informujte personál**). Bolesti budou tlumeny podáváním analgetik (léků proti bolesti). V případě zánětu je nutno nasadit antibiotika. Asi 10 dní budete jíst pouze měkkou stravu. **Pro zamezení rizika krvácení dodržujte klid, nepijte horké nápoje, nekoupejte se v teplé vodě (2 týdny)**. Případné očkování u dětí odložte (očkovat nejdříve 2 měsíce po zákroku).

Doba pobytu v nemocnici je asi 1 týden, pak budete mít ještě 2 týdny klidový režim v domácím prostředí.

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 nevylučují.

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 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).



Pacient/ka:

Rodné číslo:

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 SVÉPRÁVNOSTÍ 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)