

MIKROLARYNGOSKOPICKÁ OPERACE HRTANU

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. mikrolaryngoskopie - vyšetření hrtanu pod mikroskopem, obvykle současně s provedením odběru části nebo veškeré chorobné tkáně k histologickému vyšetření (pod mikroskopem), k jehož provedení je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vás chceme informovat o přípravě, způsobu provedení, významu i možných komplikacích tohoto výkonu.

Výkon se provádí u pacientů s onemocněním hrtanu (zánět, nádor, polypy – slizniční výrůstky, úraz, poruchy hybnosti hlasivek apod.). Váš lékař Vám jistě sdělil důvodu, proč bude toto vyšetření provádět u Vás.

Příprava k výkonu

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

Postup při výkonu

V poloze na zádech Vám zavede lékař kovový tubus (dutou trubicí) dutinou ústní až do hrtanu. Pod kontrolou mikroskopu pak provede výkon pomocí jemných nástrojů. Výkon trvá několik minut.

Rizika a možné komplikace výkonu

Vzácně se vyskytují všeobecná rizika zákroku spojená s podáním anestézie jako např. trombóza (ucpání žíly krevní sraženinou), 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.

Vedlejšími projevy a možnými riziky této operace mohou být mírné krvácení, otok v hrtanu, poškození zubu (při zavádění tubusu), bolesti v krku, chrapot.

Chování po výkonu, možná omezení

Vaše reakce a schopnosti budou po výkonu v celkové anestézii omezeny (především prvních 24 hodin), proto se řiďte pokyny zdravotnického personálu. Bude nutný hlasový klid (první dny po operaci).

První dny po operaci je vhodné dávat studené obklady na krk.

Doba pobytu v nemocnici je asi 2 - 4 dny, poté je nutný klidový režim 1 - 2 týdny v domácím ošetření.

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.

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.

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:

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukována, publikována a šířena žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.



Pacient/ka:

Rodné číslo:

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

kývnutím hlavy gestem: očima jinak:

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

.....
Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákoný zástupce) odmít/a souhlas podepsat:

Pacient/ka (zákoný zástupce) odmít/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 adresu a datum narození)