

## RADIOFREKVENČNÍ MUKOTOMIE (operace nosních skořep)

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. mukotomie (operace nosních skořep). Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. 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 provedení výkonu

Na boční stěně uvnitř nosu se nacházejí 3 nosní skořepky. Ty slouží k zvlhčování, oteplování a čištění vdechovaného vzduchu. V důsledku různých vlivů (prach, horko, alergie, zánět apod.) dochází ke zduření sliznic v této oblasti a to má za následek trvale zhoršené dýchání nosem včetně poruchy čichu. Cílem operace je zmenšení skořep nebo jejich odstranění.

### Možnosti léčby / řešení zdravotního problému

Odstranění či zmenšení nosních skořep se provádí chirurgickým zákrokem, pomocí laseru nebo radiofrekvenční termoablaci (působením tepla). Ve Vašem případě je nejvhodnější provedení radiofrekvenční mukotomie.

### Příprava k výkonu

Výkon se provádí pouze v lokální (místní) slizniční anestezii (znecitlivění) v oblasti nosních průduchů (injekcí do nosních skořep).

### Postup při výkonu

Zmenšení nosních skořep bude provedeno radiofrekvenční sondou, která se opakovanými vpichy zavede do skořep. Výkon je ambulantní, provádí se obvykle v poloze vleže. Případné krvácení obvykle ustane samo, jen zcela výjimečně je nutné výkon ukončit tamponádou nosu (ucpáním nosní dírky proužkem mulu). Vlastní operace trvá několik minut.

### Rizika a možné komplikace výkonu

Po operaci se mohou vyskytnout všeobecné komplikace jako infekce v ráně, alergická reakce na podávané léky či desinfekční prostředky. Dále se může vyskytnout krvácení z nosu, dočasné zhoršení nosní průchodnosti otokem skořep, otoky v oblasti nosu, výjimečně zvýšená teplota nebo bolest.

### Chování po výkonu, možná omezení

Několik dní po operaci je nutné, abyste opakovaně (po dobu několika dnů) vyplachoval/a solnými roztoky nebo vymazával/a nosní dutinu mastí, kterou Vám předepíše ošetřující lékař. Vzhledem k možnosti pooperačního krvácení se po dobu 1 týdne nekoupejte v teplé vodě a na 3 týdny vylučte tělesnou námahu.

Někdy je nutno nasadit po výkonu antibiotikum, v případě bolesti jsou podávána analgetika.

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



Pacient/ka: .....

Rodné číslo: .....

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. 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 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 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

V Plzni dne: ..... v ..... hodin

.....  
podpis pacienta/ky (podpis zákonného zástupce)



Pacient/ka: .....

Rodné číslo: .....

**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)