

Informovaný souhlas pacienta s operačním výkonem

Operační úprava nosní přepážky - septoplastika

| | |
|------------------------------------|--|
| Jméno, příjmení: | |
| Datum narození: | |
| Bydliště: | |
| Číslo zdravotní pojišťovny: | |

Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče
vzhledem k tomu, že se jako osoba plně svéprávná podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby (Vašeho dítěte), máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován/a.

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu (aktuálního zdravotního stavu dítěte) byl lékařem indikován operační zákrok – operativní úprava nosní přepážky – septoplastika.

Co je septoplastika:

Septoplastika je operace, při které se chirurgicky provádí úprava vybočené nosní přepážky.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Důvodem operace je zhoršená nosní průchodnost, většinou jednostranná, která je způsobena vybočenou nosní přepážkou, a to buď úrazem, nebo vývojově. Na zhoršení nosní průchodnosti se může také podílet zduření sliznice nosních lastur. Zhoršená nosní průchodnost má za následek vyšší frekvenci zánětů vedlejších nosních dutin, hltanu a středního ucha, způsobuje chrápání, poruchy spánku a i bolesti hlavy.

Alternativy výkonu:

Neexistuje alternativa tohoto výkonu.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

O režimu před výkonem budete informován/a po přijetí na oddělení.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Operace se provádí v celkové anestezii za hospitalizace. Po naříznutí sliznice nosní při předním okraji nosní přepážky a po odklopení sliznice od chrupavčité a kostěné části přepážky se odstraní vykloněná část chrupavky a kosti, zbytek kostry přepážky se vymodeluje do střední roviny, sliznice se přiklopí zpět a zašije. Na závěr operace se našijí z obou stran přepážky umělohmotné pláty a do obou průduchů se zavedou proužky gázy, které slouží jako prevence krvácení v pooperačním období a prevence vzniku krevního výronu v oblasti přepážky.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Jako každý operační zákrok i tato operace je spojena s rizikem komplikací.

Zde je uveden výčet nejběžnějších komplikací:

- Alergie na léky nebo dezinfekční roztok.
- Krvácení v průběhu operačního výkonu. Pooperační krvácení či krvácení po vyjmutí tamponády.
- Krvácení mezi listy nosní přepážky (hematom přepážky) a jeho event. zhnisání (absces přepážky).
- Poměrně častou komplikací je proděravění nosní přepážky (perforace septa), která vzniká zejména při atrofické sliznici nebo extrémním vybočení přepážky, rekonstrukce je možná operačně – plastikou.
- Srůst mezi nosní přepážkou a sliznicí dolních nosních skořep, vznikající na podkladě podráždění sliznice tamponádou a výkonem.
- Ojedinele může vzniknout sedlovitý nos nebo poranění lební baze - pouze při razantním odstranění celé chrupavky nosní přepážky.
- Zhoršené hojení rány, otok, tvorba krust.
- Nelze vyloučit infekci operačního pole.
- Po celkové anestezii se může objevit pocit na zvracení a zvracení.
- Při výkonech v celkové anestezii se zřídka mohou vyskytnout těžší komplikace ohrožující životně důležité orgány, jako jsou např. porucha srdeční a dechové činnosti či porucha činnosti ledvin, vycházející z celkové anestezie a intubace (zejména u celkově nemocných pacientů).
- V případě celkové anestezie možnost komplikací plicních (zánět plic či dýchacích cest, zhoršení astmatu), kardiovaskulárních (srdeční slabost, srdeční infarkt, mozková mrtvice), zánět hlubokých žil – trombóza, plicní embolie (vmetky krevních sraženin do plic).

Nelze ani jednoznačně vyloučit, že dojde k tak závažné změně zdravotního stavu či komplikaci, která povede k další operaci nebo až k úmrtí pacienta. Dále nelze vyloučit ani výskyt ojedinělých a vzácných komplikací, které nejsou součástí tohoto výčtu.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Dva dny po operaci bude v dutině nosní přední nosní tamponáda, poté bude vytažena. Po vytažení tamponády je nutné používat několik dní nosní kapky, borovou mast k zabránění krvácení a snížení otoku sliznic. Délka hospitalizace je cca 7 dní, při obtížnějším hojení se může prodloužit. Omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti je u každého pacienta individuální, a to s přihlédnutím k povaze onemocnění, hojení a společenskému a pracovnímu zapojení po zákroku. Jednotlivá omezení s Vámi po provedení zákroku probere lékař.

Předpokládaný prospěch výkonu:

Zlepšení průchodnosti dutiny nosní, zlepšení dýchání nosem, v případě výrazně vybočené přepážky i nosu mírné narovnáání zevního nosu.

Byl/a jsem lékařem poučen/a o významu pořízení audiovizuálních záznamů v průběhu mého vyšetření, které, v případě mého souhlasu, mohou být použity pro vědecké a studijní účely a mohou být prezentovány na seminářích Karlovarské krajské nemocnice a.s., na kongresech, event. publikovány v odborných časopisech. Záznamy budou pořízeny jenom z těch částí mého těla, které přímo souvisí s vyšetřením. Byl/a jsem poučen/a, že při jejich jakékoliv prezentaci nebudou zveřejňovány osobní údaje o mé osobě (jméno, příjmení) a citlivé údaje ani další znaky, které by vedly k bližší identifikaci mé osoby:

ANO NE

Doplňující údaje lékaře (nutno doplnit nebo proškrtnout):

.....
.....

Já, níže podepsaný pacient (zákonný zástupce, opatrovník) prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně informován o účelu a povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích plánovaného lékařského výkonu uvedeného výše. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a veškeré mé dotazy byly srozumitelně zodpovězeny.

Jsem si vědom/a toho, že při provádění operačního výkonu může nastat neočekávaná situace, která si vyžádá rozšíření původně plánovaného výkonu nebo provedení dalšího nutného výkonu pro záchranu mého zdraví či života. Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s uvedeným operačním výkonem i s podáním anestezie.

Jsem srozuměn/a s tím, že operační výkon nemusí být proveden lékařem, který mne doposud ošetřoval.

Souhlasí zaznamenané místo a lokalizace výkonu (zákroku).

Datum:.....

Podpis pacienta (zákonného zástupce, opatrovníka):.....

Prohlašuji, že jsem vysvětlil podstatu operačního výkonu pacientovi způsobem, který byl podle mého soudu pro pacienta srozumitelný. Se způsobem plánované anestézie/sedace byl seznámen lékařem OARIM.

Rovněž jsem pacienta seznámil s důsledky tohoto výkonu a s možnými častějšími komplikacemi, zejména s riziky uvedenými výše v tomto poučení.

Datum:.....

Jméno lékaře:..... **Podpis:**.....