

## Informovaný souhlas pacienta s výkonem

### Přímá laryngoskopie

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

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

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního Vám byl lékařem indikován výkon – přímá laryngoskopie.

#### Co je přímá laryngoskopie:

Zobrazení hltanu a hrtanu optickým přístrojem.

#### Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Důvodem operace je onemocnění hrtanu nebo jeho blízkého okolí, které způsobuje nejčastěji chraptot, někdy dechové potíže, bolesti, pocit cizího tělesa nebo potíže při polykání. Účelem operace je podrobné vyšetření hrtanu v celkové anestezii, zjištění rozsahu patologických změn a podle toho buď úplné odstranění chorobného procesu, nebo odebrání části tkáně k jejímu dalšímu histologickému vyšetření.

#### Alternativy výkonu:

Zavedení tubusu do hrtanu, můžeme provést v místním znecitlivění. A to buď vsedě, bez zavedení tubusu a bez mikroskopu (tzv. indirektní laryngoskopie – nepřímé vyšetření hrtanu pomocí hrtanového zrcátka), tento výkon je vhodnější spíše k diagnostickým účelům (odebrání vzorků tkáně na histologické vyšetření) a

neumožňuje eventuelní provedení menšího chirurgického zákroku. Tento postup je velice orientační a dočasně účinný.

#### Jaký je režim pacienta před výkonem:

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

#### Jaký je postup při provádění výkonu:

Zárok se provádí v celkové anestezii. Po usnutí pacienta se tubus posunuje ústní dutinou dále do hltanu až do hrtanu. Je vybaven vlastním zdrojem světla a případné chorobné změny jsou dobře přehledné. Tubusem mohou být zavedeny další nástroje např. kleště k biopsii (odebrání vzorku tkáně), úchopové kleště k odstranění cizího tělesa, snesení polypu atd. Operační tým si vyhrazuje právo v případě nutnosti (v závislosti na místním nálezu či celkovém stavu organismu) plánovaný výkon modifikovat (rozšířit jej, event. vůbec neprovést).

#### 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.
- Bolesti nebo drobné otlaky rtů, jazyka, branky hltanu nebo zubů v důsledku zavádění tubusu.
- Krvácení.
- Nalomení, vylovení zubů horní čelisti nebo fixní zubní náhrady tlakem nástroje.
- Poranění vyšetřovaného orgánu nástrojem až event. perforace (proděravění).
- Zánět při poranění stěny vyšetřovaného orgánu.
- Přechnodné zhoršení dechu, otok hrtanu.
- 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:

Jednodenní observace na lůžku. Celková délka pracovní neschopnosti bývá 7 dní. Po tu dobu je omezení sportovní a namáhavé fyzické činnosti, hlasový klid a zákaz kouření.

V případě provedení alternativního postupu a to nepřímé vyšetření hrtanu pomocí hrtanového zrcátka optikou, jde pacient po vyšetření ihned domů.

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:**

1. Výrazné zlepšení hlasu až jeho normalizace.
2. U nádorů zjištění druhu a rozsahu.

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) 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 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 výkonem i s podáním anestezie.**

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

- Souhlasím s provedením přímé laryngoskopie.
- Souhlasím s provedením pouze alternativy výkonu – nepřímé laryngoskopie.

**Datum:**.....

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

**Prohlašuji, že jsem vysvětlil podstatu výkonu pacientovi způsobem, který byl podle mého soudu pro pacienta srozumitelný. Se způsobem plánované anestezie/sedace byl seznámen lékařem – anesteziologem.**

**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:**.....

**Abychom snížili riziko komplikací na minimum, zodpovězte nám tyto otázky:**  
**Správnou odpověď zakroužkujte:**

1. Máte alergii na léky, náplasti, jód, léky na místní znecitlivění ( Mesocain, Prokain). ANO - NE  
.....
2. Máte zvýšený sklon ke krvácení již při malých poraněních nebo po vytržení zubu? ANO - NE  
.....
3. Užíváte léky proti srážení krve (např. Anopyrin, Warfarin, Ticlid,Plavix )? ANO - NE  
.....
4. Jste těhotná? ANO - NE  
.....
5. Trpíte očním zeleným zákalem, epilepsií, srdeční slabostí, poruchami ledvin, průduškovým astmatem? ANO - NE  
Jestliže ano, jakým:  
.....  
.....
6. Máte cukrovku? Jste léčen/a tabletami nebo inzulínem? ANO - NE  
.....
7. Máte vyjímatelnou zubní náhradu /protézu? ANO - NE  
.....