

Informovaný souhlas zákonného zástupce (opatrovníka) dětského pacienta s adenotomií (odstranění nosní mandle) prováděné v režimu jednodenní chirurgie

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu

Adenotomie (odstranění nosní mandle)

Účel výkonu

Adenotomie je chirurgický výkon, při kterém je odstraněna nosohltanová (často nazývaná nosní) mandle. Každé dítě má nosní mandli od narození. Nosní mandle je největší mezi 3. a 5. rokem života, postupně se zmenšuje, až v pubertě zaniká. Její nadměrné zvětšení označováno jako „ADENOIDNÍ VEGETACE“ vzniká nejčastěji po opakovaných zánětech nosohltanu, ale může vzniknout i přirozeně.

Adenoidní vegetace je shluk lymfoepiteliální tkáně široce nasedající na klenbu nosohltanu. Její zvětšení může způsobovat zhoršené až úplně zablokované dýchání nosem. Nosní průchodnost může být omezena i z jiné příčiny.

Povaha výkonu

Vlastní výkon:

Chirurgické odstranění nosní mandle se vykonává v celkové anestezii, přes dutinu ústní, pomocí chirurgických nástrojů pod endoskopickou kontrolou. Při nálezu zduření sliznice konců dolních nosních skořep je tato sliznice zmenšena. Je nutné předoperační vyšetření (žádanku na toto vyšetření rodiče obdrží při objednávání na výkon). U většiny dětí není nutné v rámci předoperačního vyšetření odebrat krev a stačí u dětského lékaře vyplnit dotazník. Pacient nesmí od půlnoci před dnem výkonu jíst ani pít.

Předpokládaný prospěch výkonu

Snížení opakovaných zánětů horních cest dýchacích, opakovaných středoušních zánětů, obnovení normální funkce Eustachovy trubice, zlepšení převodní nedoslýchavosti, odstranění chrápání při spánku, obnovení nosní průchodnosti.

Alternativa výkonu

Není

Následky výkonu

Opatrnost při indikaci výkonu musí být při podslizničním rozštěpu měkkého patra. Hrozí zhoršení huhňavosti. Protože adenoidní vegetace je tvořena lymfoepitelovou tkání, po odstranění v útlém dětství může znovu dorůst.

Možná rizika zvoleného výkonu

Krvácení se vyskytuje zřídka. Bývá časně i pozdně (až po 2 týdnech). Lehčí krvácení se většinou upraví po nosních kapkách, ale při jeho trvání může být nutné zkontrolovat ránu a krvácení zastavit v celkové anestezii. Absolutní nerizikovitost nelze nikdy zcela zajistit. Mezi další nepravděpodobné komplikace patří vylomení zubu, zánět středouší a vynucená poloha krku do strany (v důsledku křeče svalů krku).

Před propuštěním je nutné vyšetření dítěte k vyloučení komplikace (zejména krvácení a otoku v krku).

Výkon odkládáme v případě akutního onemocnění s horečkou, výskytu oparu, infekčních koutků, neúplném předoperačním vyšetření a nejsou-li výsledky předoperačního vyšetření v normě.

Po adenotomii je často doporučena rehabilitace nosního dýchání.

V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozorněte ošetřujícího lékaře !!!

Souhlas:**pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:**

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu u osoby, již jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti osoby, již jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem).	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná u osoby, již jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví osoby, již jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem).	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o zdravotním stavu osoby, již jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), jež by mohly nepříznivě ovlivnit její léčbu či ohrozit její okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) osoby, již jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE
-že se budu s osobou, již jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem) pohybovat v takové vzdálenosti od FN Olomouc, abych se mohl v případě komplikací dostavit do 30 minut do FN Olomouc.	ANO	NE

Datum	Hodina	Podpis zákonného zástupce nebo opatrovníka

Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:

Jak pacient projevil svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina