

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s tonzilektomií (odstraněním krčních mandlí)

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

Název výkonu

Tonzilektomie (odstranění krčních mandlí)

Účel výkonu

Podstatou výkonu je odstranění krčních mandlí. Po této operaci vzniká velká ranná plocha, vyžadující delší hojení.

Proč doporučujeme tento výkon?

Indikační škála je široká. Nejčastějším důvodem je chronický zánět mandlí, recidivující angíny nebo komplikace po angínách.

Povaha výkonu

Vlastní výkon:

Výkon se provádí v celkové anestezii. Je nutné předoperační vyšetření (žádanku na toto vyšetření obdržíte při objednání na výkon). Pacient nesmí od půlnoci jíst ani pít. Výkon se provádí v dutině ústní, spočívá ve vypreparování tonzil z tonzilárního lůžka mezi patrovými oblouky a jejich následným odstraněním. Při tomto výkonu vzniká velká ranná plocha, která se hojí epitelizací (podobně jako odřenina kolene). Hojení, při kterém se postupně odlučuje fibrinový povlak operační rány (strup), trvá většinou 14 dní.

Po výkonu je nezbytné: Sledování průběhu hojení, ústní hygiena.

Předpokládaný prospěch výkonu

Zabránění možným závažným komplikacím spojených s onemocněním tonsil.

Alternativa výkonu

Konzervativní léčba antibiotiky.

Následky výkonu

Následky výkonu se vyskytují vzácně. Relativně častější jsou po časných a pozdních komplikacích. Může dojít k atrofii patrových oblouků, která může být spojena s pocitem suchosti v ústech až polykacími potížemi (častější u kuřáků). U alergiků a astmatiků je vhodné vyjádření alergologa k plánovanému výkonu pro riziko zhoršení základního onemocnění.

Možná rizika zvoleného výkonu

Hlavním rizikem je pooperační krvácení. Jeho časná forma se dostavuje do 24 hodin až 7 dní, tedy ještě během pobytu v nemocnici, a je tedy okamžitě zvládnutelné. Pozdní forma vzniká v době, kdy je již pacient již v domácím léčení. Je podstatně méně častá než časná forma. U této formy v případě pozdní odborné pomoci hrozí těžká ztráta krve, až vykrvácení, event. udušení při zalití průdušek a plic krví.

Během výkonů může dojít k poranění rtů, zubů, jazyka, jakož i měkkého patra. Absolutní nerizikovitost nelze nikdy zcela zajistit. Nelze vyloučit možné vylomení či luxaci zubů při zákroku.

Velká ranná plocha může vést k přechodným polykacím potížím (bolestivé polykání) a huhňavosti, které se ale rychle upravují.

V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře!!!

Abychom snížili riziko komplikací a především alergické reakce na minimum, zodpovězte nám, prosím, následující otázky:

pozn. Vaší odpověď zakroužkujte:

1. Máte zvýšený sklon ke krvácení již při malých poraněních nebo po vytržení zubu?

ANO

NE

2. Vznikají Vám snadno na kůži krevní podlitiny nebo se k tomu vyskytuje náchylnost ve Vašem příbuzenstvu (pouze pokrevní příbuzní)?	ANO	NE
3. Trpíte sennou rýmou, průduškovým astmatem, přecitlivělostí vůči potravinám, lékům, náplastem, lékům na místní znečistivění?	ANO	NE
4. Trpíte chronickým onemocněním (např. zelený zákal, epilepsie, astma, cukrovka, srdeční slabost)? Jestliže ano, kterým?	ANO	NE
5. Jste těhotná?	ANO	NE

Souhlas:

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu u osoby, jíž 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, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem).	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná u osoby, jíž 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, souhlasím s jejich provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

Stranový verifikační protokol (vyplňuje lékař)

Ověření lokalizace výkonu:	Část těla	Strana
Ověření dle ambulantní karty	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Pravá <input type="checkbox"/> Levá
Ověření dle chorobopisu	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Pravá <input type="checkbox"/> Levá
Ověření dle zobrazovacích metod	<input type="checkbox"/> RTG <input type="checkbox"/> UZ <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Jiné:	<input type="checkbox"/> Pravá <input type="checkbox"/> Levá
Závěr - část těla:		
Lokalizace výkonu označena:	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
Důvod neoznačení:		
<input type="checkbox"/> výkon proveden transorálně, včetně výkonů endoskopických		

Datum	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (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