

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s tonzilotomií**

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**

**Tonzilotomie**  
zmenšení patrové (patrových) mandle (mandlí) na normální velikost  
(na naší klinice laserem či elektrokozem)

**Účel výkonu**

Obnovení normálních anatomických a funkčních poměrů.

**Povaha výkonu**

Výkon se provádí v celkové anestezii. Za pomoci rozvěrače si umožníme přístup k operačnímu poli (dutina ústní). Hypertrofické mandle se zmenší pomocí elektrokože nebo laseru.

Chirurgický (= operační).

**Předpokládaný prospěch výkonu**

Zlepšení dýchání, eventuálně polykání.

**Alternativa výkonu**

Nejsou žádné možnosti konzervativní léčby.

**Následky výkonu**

Dočasně povlaky na mandlích.

**Možná rizika zvoleného výkonu**

Krvácení, popálení sliznice dutiny ústní, jazyka či rtů. Absolutní nerizikovitost nelze nikdy zcela zajistit. Nelze vyloučit možné vylomení či luxaci zubů při zákroku.

**Souhlas:**

**pozn. Vaší odpověď zakroužkujte:**

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu 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.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, 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:		
<b>Lokalizace výkonu označena:</b>	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
<b>Důvod neoznačení:</b>		
<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 projevili svou vůli:**

Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina