

## Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s antrostomií

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

**Antrostomie**  
(rozšíření přirozeného ústí čelistní dutiny)

### Účel výkonu

Jedná se o specializovaný výkon, při kterém je provedeno rozšíření přirozeného vývodu ústí čelistní dutiny. Proč doporučujeme tento výkon?  
Čím přesněji a dříve může lékař určit druh a rozsah onemocnění, tím je větší naděje na úspěšnou léčbu.

### Povaha výkonu

Vlastní výkon: Chirurgický výkon, jehož cílem je rozšíření přirozeného ústí čelistní dutiny na jedné nebo obou stranách. Cílem je obnovení ventilace a drenáže dutiny.

Po výkonu je nezbytné:

Pravidelná péče o dutinu nosní a operovaný terén, nejprve za hospitalizace a poté v ambulantním režimu.

### Předpokládaný prospěch výkonu

Urychlení hojení a znovuobnovení ventilace a drenáž čelistní dutiny na jedné nebo obou stranách.

### Alternativa výkonu

Zevní chirurgický přístup.

### Následky výkonu

Výkon nemá následky.

### Možná rizika zvoleného výkonu

Možné komplikace:

Úspěch lékařských výkonů a jejich absolutní nerizikovitost nelze nikdy zcela zajistit. Nejčastější možné komplikace jsou:

- krvácení v průběhu operace, vedoucí k jejímu ukončení
- krvácení v okolí víček, nahromadění vzduchu v okolí víček
- vznik infekce

### 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

<b>Stranový verifikační protokol</b> (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 projevil svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina