

## Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s endoskopickou operací vedlejších dutin nosních

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

**Funkční endoskopická operace vedlejších dutin nosních**

### Účel výkonu

Odstranění zánětlivého, méně často nádorového, ložiska v oblasti vedlejších dutin nosních  
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: Podstatou výkonu je odstranění zánětlivého, popřípadě nádorového ložiska z oblasti vedlejších dutin nosních na jedné nebo obou stranách. Operace se provádí v celkovém znecitlivění, speciálním endoskopem, přístupem přes dutinu nosní, tedy bez zevního řezu.

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 zamezení rozšíření zánětu či nádorového bujení.

### Alternativa výkonu

Prosté odstranění polypů  
Zevní přístup  
Konzervativní léčba

### Následky výkonu

Viz. možné komplikace

### Možná rizika zvoleného výkonu

Možné komplikace:

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

- poranění plen mozkových, či mozku, se vznikem následného hnisavého zánětu mozkových blan nebo abscesu mozkového
- krvácení do očníce, jež ohrožuje pacienta ztrátou zraku a vyžaduje okamžitý chirurgický zevní výkon
- krvácení do nitrolební části
- poranění očního nervu s možností poškození až ztrátou zraku
- krvácení a nahromadění vzduchu v oblasti měkkých tkání, kořene nosu a víček
- těžké krvácení z nitrolební části vnitřní krkavice


**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"/> zdravotní stav pacienta neumožňuje prodlevu péče potřebnou k označení		
<input type="checkbox"/> pacient s označením nesouhlasí		

Datum	Hodina	<b>Podpis pacienta</b> nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

<b>Jméno a příjmení lékaře</b> , který podal informaci	<b>Podpis lékaře</b> , který podal informaci

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

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