



## Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s laryngofisurou a chordektomií

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

### Název výkonu

**LARYNGOFISURA**  
(operační otevření hrtanu protětim chrupavky štítné v její střední čáře)  
**CHORDEKTOMIE**  
(operační odstranění chorobně postižené hlasivky)

### Účel výkonu

Operace slouží zejména jako přístupová cesta k rozsáhlejší patologii nacházející se uvnitř hrtanu (nejčastěji nádor), kterou nelze odstranit jinou cestou (např. endoskopicky přes ústa).

### Povaha výkonu

Jedná se o chirurgickou operaci, která se provádí v celkovém znecitlivění s použitím speciálních chirurgických nástrojů (fréza, vrtačka).

### Předpokládaný prospěch výkonu

Zajištění přístupové cesty pro odstranění patologie uvnitř hrtanu, např. nádorem postižené hlasivky (chordektomie).

### Alternativa výkonu

Endoskopická operace (laryngoskopie) s dosažením patologického útvaru v hrtanu přístupovou cestou přes ústa a dutinu ústní. Nenahrazuje laryngofisuru. Nelze ji použít u rozsáhlejších novotvarů hrtanu a u stavů, kde nelze zaručit onkologickou bezpečnost.

### Následky výkonu

Dočasná tracheostomie (kanyla) zajišťující průchodnost dýchacích cest při hrozícím pooperačním otoku, dočasná výživovací žaludeční sonda zavedená nosem k přechodnému zajištění výživy v bezprostředním pooperačním období, kožní jizva, zhoršení hlasu (chrapot).

### Možná rizika zvoleného výkonu

Úspěch lékařských výkonů a jejich absolutní bezrizikovitost nelze zaručit.  
K rizikům laryngofisury a chordektomie patří: krvácení, otok dýchacích cest, zatečení krve do dolních dýchacích cest se zhoršením plicní ventilace, poranění chrupavek hrtanu, přítomnost vzduchu v měkkých tkáních krku (emfyzém), hnisání rány, nitrohrtanové srůsty (synechie) nebo zúžení hrtanu, píštěle, polykací obtíže, keloidní jizva.

### 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 <input type="checkbox"/> Jiné* |
| Ověření dle chorobopisu  | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE  | <input type="checkbox"/> Pravá <input type="checkbox"/> Levá <input type="checkbox"/> Jiné* |
| 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 <input type="checkbox"/> Jiné* |
| Závěr - část těla (*v případě zaměnitelné úrovně, proveďte specifikaci místa výkonu - úroveň): |   |   |
| <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:**

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