

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s tracheostomií

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

TRACHEOSTOMIE

- operační otevření průdušnice s vyústěním dýchacích cest na kůži krku

Účel výkonu

Zajištění průchodnosti dýchacích cest a dýchání u chorobných stavů, které způsobují zúžení dýchacích cest (nádory, záněty, pooperační a alergické otoky, obrny hlasivek) nebo jejich zhoršenou toaletu (plicní a neurologická onemocnění, bezvědomí).

Povaha výkonu

Tracheostomie je chirurgickou operací, která se provádí v místním či celkovém znecitlivění speciálními chirurgickými nástroji.

Předpokládaný prospěch výkonu

Zajištění základní životní funkce - dýchání - u stavů zužujících nebo uzavírajících dýchací cesty, kde lze očekávat dušení a nelze použít jinou alternativu k zajištění dýchacích cest.

Alternativa výkonu

Intubace - zajištění dýchacích cest zavedením plastové rourky (intubační kanyly) do průdušnice ústy nebo nosem. Tato alternativa však není vždy možná, zejména u nádorů (otoků) jazyka a hrtanu či u zánětů hrtanové příklopky. Je indikována pouze u stavů, kde lze předpokládat brzkou normalizaci poměrů v dýchacích cestách. Je tedy alternativou dočasnou a nenahrazuje plně tracheostomii.

Následky výkonu

Dočasné nebo trvalé vyústění průdušnice na kůži krku zpravidla s nutností zajištění otvoru (stomie) tracheostomickou rourkou (kanylou), zhoršení hlasu a komunikace, dráždivý kašel s vykašláváním zahuštěných hlenů kanylou, oslabení čichu, nemožnost vysmrkávat, výjimečně polykací obtíže, kožní jizva.

Možná rizika zvoleného výkonu

Úspěch lékařských operačních výkonů a jejich absolutní bezrizikovitost nelze zaručit. K rizikům tracheostomie patří: krvácení, poranění stěny průdušnice a/nebo jícnu, poranění zvrátaného hrtanového nervu s ochrnutím hlasivky, přítomnost vzduchu v měkkých tkáních krku (emfyzém), zatečení krve do dolních dýchacích cest s poruchou plicní ventilace, hnisání rány, keloidní jizvy, pooperačně zúžení (stenóza) průdušnice nebo méněcennost (malácie) její stěny.

Souhlas:**pozn. Vaši 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, měl 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

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