

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s panendoskopií

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

Název výkonu

Panendoskopie

(endoskopické vyšetření nosu, nosohltanu, hltanu, hrtanu a jícnu)

Účel výkonu

Panendoskopie je prováděna k vyloučení patologických procesů (nádoru) ve výše uvedených lokalizacích.

Povaha výkonu

Vyšetření je prováděno v celkové anestezii za pomoci endoskopů a kovových tubusů zavedených nosem a ústy. Velmi často je proveden odběr malého vzorku tkáně k histologickému vyšetření.

Předpokládaný prospěch výkonu

Odhalení, popřípadě vyloučení, zejména nádorového procesu v uvedených lokalizacích.

Alternativa výkonu

Neexistuje jiná alternativa diagnostického endoskopického vyšetření s možností odběru vzorku tkáně k histologickému rozboru.

Následky výkonu

Při standardním průběhu je panendoskopie výkonem bez dlouhodobých následků, možné přechodné následky jsou uvedeny výše.

Možná rizika zvoleného výkonu

Úspěch lékařských výkonů a jejich absolutní nerizikovitost nelze nikdy zcela zajistit. Zárok má velmi nízký výskyt komplikací.

- Po odběru vzorku tkáně z hrtanu může dojít k rozvoji otoku, bolestí, přechodně se může zhoršit hlas, polykání může být bolestivé, ojediněle dochází ke zhoršení dýchání, bolestem krční páteře, poškození chrupu či uvolnění zubní náhrady
- Proděravění stěny hltanu či jícnu s komplikacemi, jako je zánět mezihrudí či šokový stav
- Obecná rizika chirurgického výkonu, jako například infekce v ráně či pooperační krvácení
- Výskyt uvedených komplikací závisí na rozsahu a povaze patologického procesu

Souhlas:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici 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

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