

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s radiofrekvenční uvuloplastikou

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

Radiofrekvenční uvuloplastika
(tepelná redukce tkáně)

Účel výkonu

Redukce projevů chrápání v rámci prosté ronchopatie, zlepšení průchodnosti dýchacích cest u lehčí formy syndromu spánkové apnoe (OSAS).

Povaha výkonu

Základ je prováděn v lokální anestezii v poloze v polosedě. Po aplikaci topické anestezie (spreje na sliznici měkkého patra), je injekčně vpravena okrsková lokální anestezie. Po nástupu účinku anestetika se provede několik vpichů radiofrekvenční sondou do měkkého patra, dochází k tepelné ablaci tkáně a tím zmenšení objemu tkáně a jejímu zjizvení, které vede ke zpevnění měkkého patra. Dle lokálního nálezu eventuálně zkrácení až úplné odstranění patrového čípku (uvuly). Při nedostatečném efektu je možno výkon opakovat.

Předpokládaný prospěch výkonu

Vymizení chrápání, zlepšení průchodnosti dýchacích cest při spánku.

Alternativa výkonu

Laserová ablace, studená chirurgická technika.

Následky výkonu

Krátkodobé – ztížené polykání pro bolest a otok tkání.

Dlouhodobé – změna vnitřního tvaru hltanu, ztížené vyslovování hrdelních hlásek

Možná rizika zvoleného výkonu

Krvácení, zánět, otok.

Narušení funkce měkkého patra a hltanu, které může vést k potížím s artikulací a polykáním.

Nedostatečný efekt, riziko návratu chrápání s větším časovým odstupem.

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