

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s radiofrekvenčně indukovanou termoterapií nosních skořep turbinoplastikou (RFITT)

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

RFITT turbinoplastika

(plastika dolních nosních skořep pomocí techniky radiofrekvenčně indukované termoterapie)

Účel výkonu

Zmenšení objemu zbytnělé sliznice dolních nosních skořep pomocí radiofrekvenční elektrody.

Povaha výkonu

Výkon se provádí v lokální anestezii. Do nosního průduchu se aplikuje slizniční anestetikum ve spreji. Poté se injekčně infiltruje oblast přední části dolní nosní skořepy. Následně se pod sliznici skořepy zavede radiofrekvenční elektroda, pomocí které se provede termické ošetření podslizniční tkáně. Toto má za následek postupné jizvení se zmenšením objemu sliznice dolní nosní skořepy. Při nedostatečném efektu je možno výkon opakovat.

Předpokládaný prospěch výkonu

Zlepšení nosní průchodnosti.

Alternativa výkonu

Konzervativní (medikamentózní) terapie – spreje s topickými nasálními steroidy, antihistaminika.
Jiné metody chirurgické redukce objemu sliznice nosních skořep (elektrokoagulace, LASER, ablace, ...)

Následky výkonu

Krátkodobé - může být přechodně mírně zvýšená sekrece z nosu, tvorba krust, nebo zhoršená nosní průchodnost v důsledku otoku po ošetření – toto do několika týdnů mizí.

Možná rizika zvoleného výkonu

Krvácení z nosu, zánětlivé komplikace, alergická reakce na lokální anestetika.

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

Stranový verifikační protokol (vyplňuje lékař)			
Ověření lokalizace výkonu:	Část těla	Strana	
Ověření dle ambulantní karty	☐ ANO ☐ NE	☐ Pravá ☐ Levá	
Ověření dle chorobopisu	☐ ANO ☐ NE	☐ Pravá ☐ Levá	
Ověření dle zobrazovacích metod	☐ RTG ☐ UZ ☐ CT ☐ Jiné:	☐ Pravá ☐ Levá	
Závěr - část těla:			
Lokalizace výkonu označena: ☐ ANO ☐ NE			
Důvod neoznačení: ☐ zdravotní stav pacienta neumožňuje prodlevu péče potřebnou k označení ☐ pacient s označením nesouhlasí			
			

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 projevilsvou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina