

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s výměnou hlasové protézky

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

Výměna hlasové protézky

Účel výkonu

Hlasová protézka je zaváděna u pacientů po totálních laryngektomiích (odstranění hrtanu) z důvodu rehabilitace hlasu. Tato protézka má jen omezenou životnost. Po několika týdnech až měsících (dle toho jakou péči jí pacient věnuje) membrána protézky ztrácí svou funkci (protékání nebo obtékání potravy) nebo se na ní usazují povlaky tvořené plísněmi. Proto je nutné protézku vyměnit.

Povaha výkonu

Tento zákrok probíhá ambulantně a není nutná celková ani lokální anestezie. Odstraní se stará nefunkční protézka a do již vytvořeného fonačního kanálku se zavede protézka nová.

Předpokládaný prospěch výkonu

Znovuobnovení hlasové funkce.

Alternativa výkonu

Naučení jícnového hlasu, elektrolarynx.

Následky výkonu

Trvání fonační štěrbin v klenbě tracheostomie (vyústění průdušnice na kůži krku).

Možná rizika zvoleného výkonu:

Špatné usazení protézky, protékání nebo obtékání potravy, výjimečně zhoršení tvorby hlasu a zapadení protézky do dýchacích cest.

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
Byl(a) jsem informován(a) o zdravotnickém prostředku, který mi bude implantován, včetně jeho příslušenství, spolu s pokyny týkajícími se mé bezpečnosti a mého chování, včetně toho, kdy mám vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí bych se neměl(a) vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.	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