

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
se zavedením 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

Zavedení hlasové protézky

Účel výkonu

Po odstranění celého hrtanu v rámci léčby nádorového onemocnění dochází ke ztrátě hlasu. Jednou z možností hlasové rehabilitace je vytvoření komunikace mezi polykacími a dýchacími cestami a zavedení drobné protézky.

Povaha výkonu

Samotné prvotní zavedení hlasové protézky se provádí v celkové anestezii pomocí tubusu a výkon trvá přibližně 30 minut. Celková doba hospitalizace činí 3–5 dnů.

Spojení mezi dýchacími a polykacími cestami je trvalé a o hlasovou protézku je nutno správně pečovat. Zhruba po 2–5 měsících dochází ke ztrátě funkčnosti membrány protézky a je nutná výměna protézky, která probíhá jen v lokální anestezii.

Předpokládaný prospěch výkonu

Protézka umožní přechod vzduchu do polykacích cest a následným rozvibrováním měkkých tkání tvorbu hlasu. Díky membráně v protézce nedochází k zatékání potravy do cest dýchacích.

Alternativa výkonu

Nácvik jícnového hlasu na foniatrii nebo elektrolarynx.

Následky výkonu

Vznik fonační píštěle v klenbě tracheostomie (vyústění průdušnice na kůži krku).

Možná rizika zvoleného výkonu

Bolesti v krku, poranění sliznice dutiny ústní, hltanu či hrtanu, poranění zubů či poškození zubních náhrad, bolesti krční páteře. Vzácně může kovový tubus proděravět sliznice polykacích cest a může se rozvinout zánět mezihrudí s následným šokovým stavem.

Nedostatečný efekt při vytváření hlasu, nadměrný otvor kolem protézky a protékání stravy kolem ní do dýchacích cest, opakované záněty dýchacích cest. Možným rizikem je i dislokace protézky.

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	ANO	NE

dodržování vhodných preventivních opatření.		
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