FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC
Zdravotníků 248/7, 779 00 Olomouc
Tel. 588 441 111, E-mail: info@fnol.cz
IČ: 00098892

Informovaný souhlas zákonného zástupce (opatrovníka) dětského pacienta s adenotomií (odstranění nosní mandle) plazmovou koblací

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

Adenotomie plazmovou koblací
(odstranění nosní mandle)

Účel výkonu

Adenotomie je chirurgický výkon, při kterém je odstraněna nosohltanová (často nazývaná nosní) mandle. Každé dítě má nosní mandli od narození. Nosní mandle je největší mezi 3. a 5. rokem života, postupně se zmenšuje, až v pubertě zaniká. Její nadměrné zvětšení označováno jako „ADENOIDNÍ VEGETACE“ vzniká nejčastěji po opakovaných zánětech nosohltanu, ale může vzniknout i přirozeně.
Adenoidní vegetace je shluk lymfoepiteliální tkáně široce nasedající na klenbu nosohltanu. Její zvětšení může způsobovat zhoršené až úplně zablokované dýchání nosem. Nosní průchodnost může být omezena i z jiné příčiny.

Povaha výkonu

Chirurgické odstranění nosní mandle se vykonává v celkové anestezii, přes dutinu ústní za endoskopické kontroly. Při operační technice plazmovou koblací se na rozdíl od klasické adenotomie nepoužívají ostré chirurgické nástroje. Operatér postupně tkáň zmenšuje koblační sondou, která lymfatickou tkáň v nosohltanu naruší, tkáň se rovnou koaguluje, takže výkon je doprovázen minimálním krvácením a sonda během zákroku narušenou tkáň odsává. Netraumatizuje se ostrými nástroji klenba nosohltanu a nevyvíjí se žádný tlak na krční páteř. Je nutné předoperační vyšetření (žádanku na toto vyšetření rodiče obdrží při objednávání dítěte na výkon). Pacient nesmí od půlnoci jíst ani pít.

Po operaci je nutné sledování dítěte pro riziko krvácení, což je důvodem hospitalizace.

Předpokládaný prospěch výkonu

Snížení opakovaných zánětů horních cest dýchacích, opakovaných středoušních zánětů, obnovení normální funkce Eustachovy trubice, zlepšení převodní nedoslýchavosti, odstranění chrápání při spánku, obnovení nosní průchodnosti.

Alternativa výkonu

Klasická chirurgická kyretáž nosohltanu

Následky výkonu

Pooperační bolestivost bývá mírná a děti ji obvykle velmi dobře snáší. Obvykle se nasazují léky proti bolesti. Hrozí zhoršení huhňavosti. Protože adenoidní vegetace je tvořena lymfoepitelovou tkání, po odstranění v útlém dětství může znovu dorůst. U některých dětí se několik dní po zákroku vytvoří mírný zápach z úst a nosu, což je běžné.

Možná rizika zvoleného výkonu

Krvácení se vyskytuje zřídka. Bývá časné i pozdní (až po 2 týdnech). Lehčí krvácení se většinou upraví po nosních kapkách, ale při jeho trvání může být nutné zkontrolovat ránu a krvácení zastavit v celkové anestezii. Absolutní nerizikovost nelze nikdy zcela zajistit. Mezi další nepravděpodobné komplikace patří vylomení zubu, zánět středouší a vynucená poloha krku do strany (v důsledku křeče svalů krku).

Výkon odkládáme v případě akutního onemocnění s horečkou, výskytu oparu, infekčních koutků, neúplném předoperačním vyšetření a nejsou-li výsledky předoperačního vyšetření v normě.

Po adenotomii je často doporučena rehabilitace nosního dýchání.

V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozorněte ošetřujícího lékaře!!!

Souhlas:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu u osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), prováděných ve FN 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 osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem).	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná u osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), 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 osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem).	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o zdravotním stavu osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), jež by mohly nepříznivě ovlivnit její léčbu či ohrozit její okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč…) osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

Datum	Hodina	**Podpis zákonného zástupce nebo 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**