

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s kyretáží / biopsií z nosohltanu**
(odstranění nosohltanové mandle/odebráním vzorku tkáně z nosohltanu)

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

Kyretáž nosohltanu / biopsie z nosohltanu
(odstranění nosohltanové mandle/odebrání vzorku tkáně z nosohltanu)

Účel výkonu

Kyretáž nosohltanu je chirurgický výkon, při kterém je odstraněna nosohltanová mandle nebo patologicky změněná tkáň nosohltanu.

Zvětšení nosohltanové mandle vzniká nejčastěji po opakovaných zánětech horních cest dýchacích a nazývá se také adenoidní vegetace. Může způsobovat zhoršené dýchání nosem, chrápání, zástavy dechu ve spánku, časté středoušní záněty nebo nedoslýchavost.

Podobné potíže může způsobovat i tkáň zvětšená z jiné příčiny, například nádorový růst. Tato tkáň by měla být vyšetřena, i když nezpůsobuje žádné potíže. Za tímto účelem provádíme odebrání vzorku z nosohltanu (biopsii z nosohltanu).

Povaha výkonu**Vlastní výkon:**

Chirurgické odstranění tkáně nosohltanu, nebo pouze odebrání vzorku tkáně se provádí v celkové anestezii, přes dutinu ústní, pomocí kyret a za kontroly endoskopem.

Po výkonu je nezbytné!

Po operaci je nutné sledování pro riziko krvácení (důvod hospitalizace).

Předpokládaný prospěch výkonu

Snížení výskytu opakovaných zánětů horních cest dýchacích, opakovaných zánětů středního ucha, zlepšení nedoslýchavosti, odstranění chrápání při spánku, obnovení nosní průchodnosti a mikroskopické vyšetření odstraněné tkáně za účelem vyloučení nádorového bujení.

Alternativa výkonu

Není.

Následky výkonu

Adenoidní vegetace po odstranění může znovu dorůst. Může dojít k poškození vývodu sluchové trubice, což může způsobit zaléhání uší a časté středoušní záněty.

Možná rizika zvoleného výkonu

Časné krvácení se vyskytuje zřídka, ale v případě výskytu této komplikace je nutné operačně zkontrolovat místo odstranění nosohltanové mandle a krvácení zastavit tamponádou nosohltanu. Absolutní nerizikovost nelze nikdy zcela zajistit. Obecná rizika chirurgického výkonu jsou infekce v ráně či pooperační krvácení z rány. Během zákroku nelze vyloučit možné vylomení či uvolnění zubů, drobné poranění rtů, jazyka nebo sliznice dutiny ústní.

Souhlas:**pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:**

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu 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.	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