

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) se septorinoplastikou
(operací nosní přepážky a zevního nosu)

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**Septorinoplastika**
(operace nosní přepážky a zevního nosu)**Účel výkonu**

Úprava nosní přepážky do střední roviny a/nebo snesení hrany či tzv. trnu (septoplastika) spolu s kosmetickou úpravou zevního nosu (rinoplastikou).

Povaha výkonu

Chirurgická – léčebná.

V celkové narkóze z řezu v přední části nosní přepážky se odpreparuje slizniční list, uvolní se, modeluje se, popřípadě se i částečně odstraní deformovaná chrupavka a/nebo kost. Zbývající tkáň nosní přepážky se ukotví ve střední čáře.

Dále se provede korekce zevního nosu zavřenou technikou řezy přes nosní dutinu nebo otevřenou technikou řezy v nosní dutině i zevně na nosní přepážce. Odloučí se kůže od kostěné a chrupavčité kostry nosu. Modelují se nosní chrupavky, často se uměle protnou kosti a poté se hřbet nosu tvaruje do střední čáry.

Součástí výkonu je obvykle vložení destiček ke zpevnění nosní přepážky, přední nosní tamponáda, fixace nosu náplastí a zevní dlahou.

Předpokládaný prospěch výkonu

Zlepšení nosní průchodnosti a korekce kosmetické vady zevního nosu.

Alternativa výkonu

Není.

Následky výkonu

Často se po operaci objevuje tzv. „brýlový hematom“ – modřiny okolo očí. Do 14 dní jsou tyto modřiny vstřebány, nicméně obvykle 3 měsíce od operace se mohou vyskytnout přechodné otoky měkkých tkání okolo nosu a hřbetu nosního.

Možná rizika zvoleného výkonu

Během výkonu – krvácení, proděravění nosní přepážky, perforace kožního krytu zevního nosu.

Po výkonu – krvácení, zánětlivé komplikace (absces), septální hematom, dislokace nosní přepážky, srůsty, nestabilní nosní přepážka, propadnutí nosního sedla, otok, modřiny v obličeji. Nespokojenosti s výsledným kosmetickým efektem předcházíme během předoperační konzultace s pacientem, kdy je třeba si ujasnit reálně dosažitelné cíle operace a skloubit je s představou konkrétního pacienta.

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