

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s uvulopalatofaryngoplastikou**

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

Uvulopalatofaryngoplastika
(plastika měkkého patra s odstraněním krčních mandlí)

Účel výkonu

Redukce projevů chrápání a zabránění kolapsu dýchacích cest u syndromu přerušovaného dýchání ve spánku (OSA syndromu). OSA syndrom je onemocnění, při kterém je dýchání během spánku přerušováno zástavami dechu (apnoickými pauzami), které mohou vést ke špatnému okysličování tkání (zejména mozku a srdce) a tím k jejich poškození. Současně může docházet ke vzniku chrápání.

Povaha výkonu

UPPP (uvulopalatofaryngoplastika) je operace měkkého patra a hltanu. Zákrok je prováděn v celkové anestezii. Nejprve se odstraní patrové mandle. Poté následuje plastika měkkého patra, při které se odstraní část patrových oblouků spolu s patrovým čípkem (uvulou), sliznice měkkého patra i lůžek po odstranění patrových mandlí je přitom sešita vstřebatelnými stehy.

Předpokládaný prospěch výkonu

Zmírnění až vymizení chrápání, zlepšení průchodnosti dýchacích cest ve spánku, zmírnění ranní únavnosti.

Alternativa výkonu

Hlavní a plnohodnotnou alternativou je použití léčby přetlakovou maskou (CPAP nebo BiPAP). U méně závažného OSA syndromu je možné provést menší operační výkon radiofrekvenční uvuloplastiku či laserovou ablaci.

Následky výkonu

Krátkodobé – ztížené polykání pro bolest a otok tkání.

Dlouhodobé – změna vnitřního tvaru hltanu, změna vyslovování nosových hlásek.

Možná rizika zvoleného výkonu

Hlavním rizikem je pooperační krvácení, které se ale vyskytuje velmi výjimečně. Jeho časná forma se může dostavit ještě během pobytu v nemocnici a je tedy okamžitě zvládnutelná. Pozdní forma může vznikat v době, kdy je pacient již v domácím léčení. Ve velice výjimečných případech je krvácení natolik závažné, že vyžaduje rychlou odbornou pomoc. Není-li ta časně poskytnuta, může hrozit těžká ztráta krve, až vykrvácení, eventuálně udušení ze zatečení krve do dýchacích cest.

Mezi další rizika patří infekce, otok a narušení funkce měkkého patra a hltanu, které může vést ke vzniku huhňavosti a potíží při polykání ve smyslu zatékání potravy do nosohltanu. V některých případech nelze jednoznačně garantovat úplný, ani trvalý efekt zákroku (riziko přetrvávání chrápání). Během výkonů může dojít k poranění rtů, zubů, jazyka i měkkého patra. Nelze vyloučit možné vylomení či luxaci zubů při zákroku. Absolutní nerizikovitost nelze nikdy zcela zaručit.

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
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