

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s endoskopií horních dýchacích cest v léky navozeném spánku
(DISE)**

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

**Endoskopie horních dýchacích cest v léky navozeném spánku
(DISE – Drug-Induced Sleep Endoscopy)**

Účel výkonu

Určení místa/míst zúžení či uzávěru v oblasti horních dýchacích cest jako možné příčiny zástav dechu ve spánku u pacientů se syndromem přerušovaného dýchání ve spánku (OSA syndromem).

Povaha výkonu

Endoskopie horních dýchacích cest v léky navozeném spánku (DISE) neboli spánková endoskopie je diagnostická metoda, při které se zavádí přes dutinu nosní tenká ohebná kamera (flexibilní endoskop), prohlédne se dutina nosní, nosohltan, hltan i hrtan. Vyšetření se provádí v umělém spánku. Pomocí něj lze přesně určit místo zúžení či uzávěru v oblasti horních dýchacích cest, které je nejpravděpodobnější příčinou zástav dechu ve spánku, a přesně tak zacílit další léčbu. Během vyšetření je pořízen videozáznam a ten je následně vyhodnocen. Často v rámci jedné operace hned po DISE následuje samotný zákrok na odstranění chrápání.

Předpokládaný prospěch výkonu

Navržení a přesné zacílení další léčby pacienta s OSA syndromem dle výsledku vyšetření.

Alternativa výkonu

Možností je vyšetření přeskočit a přímo provést samotný zákrok. Bez předchozího provedení DISE hrozí, že operace bude mít nedostatečný (nebo i žádný) efekt.

Následky výkonu

Vyšetření je bezpečné, není předpoklad výskytu komplikací. Následky výkonu nejsou.

Možná rizika zvoleného výkonu

Ve výjimečných případech mírné krvácení z dutiny nosní při poranění její sliznice, které samo ustává.

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