

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S OPERAČNÍM VÝKONEM

# OPERACE NOSNÍ PŘEPÁŽKY (SEPTOPLASTICA)

**Vážená paní/pane,**

byl Vám doporučen operační zákrok.

Informovaný souhlas znamená, že budete v následujícím textu podrobně, odborně a pro Vás srozumitelně poučen/a o navrhovaném postupu léčby. Dále Vás poučíme o možných rizicích a následcích operace.

Každý i sebemenší operační výkon je spojen s určitými riziky. Námi navrhovaný postup (operace) by měl však svým přínosem níže popsaná rizika převážit.

Vzhledem k Vaším obtížím Vám navrhuje a doporučujeme:

### **OPERACE NOSNÍ PŘEPÁŽKY (SEPTOPLASTICA)**

#### **1. Důvod a cíl operace**

Zlepšení nosní průchodnosti, symetrické dýchání oběma nosními průduchy, zamezení zánětů nosu a vedlejších nosních dutin.

#### **2. Povaha a následky operačního výkonu**

Odstranění vykrivených částí nosní přepážky z přístupu nosem v celkové anestézii. Řez je uvnitř nosní dutiny, jizva tedy není zevně na nose. V indikovaných případech je snesena zduřelá sliznice nosních skořep.

#### **3. Rizika výkonu**

I při správném postupu v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy (lege artis) mohou vzniknout v souvislosti s uvažovaným zákrokem např. tyto komplikace:

krvácení, proděravění nosní přepážky, zcela vzácně komunikace do nitrolebí, zánětlivé komplikace, oslabení nosního skeletu, deformace nosního hřbetu.

Další rizika jsou spojená s přihlédnutím k individualitě pacienta a jeho celkovému zdravotnímu stavu: poruchy srdce a oběhu, plicní komplikace, poruchy hojení ran a infekční komplikace.

#### **4. Hospitalizace a rekonvalescence**

Celková doba hospitalizace se předpokládá v rozmezí 5-7 dnů.

Předpokládaná doba rekonvalescence po propuštění z nemocnice činí v průměru 7-14 dnů.

(Oba číselné údaje jsou udávány průměrnou hodnotou a mohou se lišit v závislosti na individualitě pacienta a v závislosti na vzniklých komplikacích).

#### **5. Alternativy výkonu**

Alternativy operačního výkonu: neoperovat.

Rizika alternativního postupu: neprůchodnost nosní, bolesti hlavy, záněty dutin.

Rozhodněte se, zda souhlasíte s navrhovanou léčbou a operačním zákrokem a vším, co s tím souvisí, nebo zda odmítáte dát souhlas k výše uvedenému postupu léčby a operaci s plným vědomím toho, že toto rozhodnutí může ovlivnit Vaše zdraví.

Zvláštní okolnosti, které nastanou během operace, mohou vést k rozšíření operačního zákroku nebo změně operačního postupu. Prosíme Vás o souhlas i s touto zřídka se vyskytující možností. Pokud bychom museli postupovat jen v původním rozsahu operace, mohlo by to pro Vás znamenat i zátěž dalšího operačního zákroku.

**Souhlas pacienta nebo zákonného zástupce :**

Stvrzuji svým podpisem, že jsem byl/a dostatečně a srozumitelně informován/a o způsobu provedení výše uvedeného zákroku, o důvodech a cílech operace, povaze operačního výkonu, rizicích výkonu, hospitalizaci a rekonvalescenci, alternativách výkonu.

Na základě těchto informací s výkonem souhlasím a budu plně respektovat a dodržovat pokyny ošetřujícího personálu.

Pacient/ka: ..... RČ: ..... Oddělení: .....

Bytem: .....

Zákonný zástupce/opatrovník: ..... RČ: .....

Bytem: .....

.....  
podpis pacienta/zákonného zástupce