

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S OPERAČNÍM VÝKONEM

# ODSTRANĚNÍ PATROVÝCH MANDLÍ (TONSILLECTOMIA)

**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 obtížím Vám navrhuje a doporučujeme:

### **ODSTRANĚNÍ PATROVÝCH MANDLÍ (TONSILLECTOMIA)**

#### **1. Důvod a cíl operace**

Zamezení opakovaných angín, odstranění ložiska infekce, léčení zánětlivých komplikací (peritonzilární absces), zlepšení průchodnosti dýchacích a polykacích cest.

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

Operační výkon spočívá v odstranění krčních mandlí (výjimečně části mandlí) přístupem přes ústa a dutinu ústní, nejčastěji v celkové anestézii.

#### **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 (u 3-7 % nemocných, i 10 dní po operaci, může vyžadovat i podání krevní transfúze), výrazná bolestivost s vystřelováním do uší, omezení příjmu potravy, poranění patrových oblouků a měkkého patra, vznik huhňavosti, zatékání potravy do nosohltanu, většinou se jedná o přechodný stav, zhoršení zánětů v oblasti hltanu a průdušek, porucha chuti

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 5-10 dnů.

Předpokládaná doba rekonvalescence po propuštění z nemocnice činí v průměru 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: vznik komplikací z ponechání zánětlivého ložiska.

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 Vaše dítě 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