

## **INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA**

### **Operace zlomeniny nosních kůstek**

#### **POVAHA A CÍL VÝKONU**

Operace spočívá v repozici (narovnání) zlomených kůstek do původního místa a tím obnovení funkce nosu pro dýchání a napravení kosmetického tvaru zevního nosu. Výkon lze provést do 7 maximálně 10 dnů od úrazu, čím déle od úrazu je výkon proveden tím je větší riziko neúspěchu.

#### **VLASTNÍ VÝKON**

Při operaci Vám bude pomocí nástrojů a manuálně proveden návrat nosních kůstek k původnímu umístění, poté do obou nosních dírek vložena ucpávka (tamponáda), aby po zákroku nedocházelo ke krvácení, nebo změně polohy nosních kůstek. Dýchat budete pouze ústy. Podle rozhodnutí lékaře vám v některých případech bude přiložen malý sádrový obvaz, který udržuje tvar nosu. Výkon lze provést v lokální nebo krátkodobé celkové anestézii.

#### **MOŽNÉ KOMPLIKACE**

Nejčastější komplikací během a po výkonu je krvácení, dále otok nosu, velmi vzácně změna tvaru nosu, nedostatečný kosmetický efekt přetrvávání deformity nosu, přetrvávání zhoršené nosní průchodnosti, zánětlivé komplikace, hematom (krevní podlitina) septa či porucha čichu, u dětí je i riziko poruchy růstu nosu.

#### **PÉČE PO OPERACI A HOSPITALIZACE**

Po 24 - 48 hodinách odstraňujeme ucpávku nosní, poté nos ošetřujeme nosními kapkami a mastí. Pokud byla aplikována sádrová dlažka, ponecháváme ji 10 dnů, dle potřeby i déle.

Průměrná délka hospitalizace je 3 – 4 dny. Délka pracovní neschopnosti je závislá na mnoha faktorech a to od operačního nálezu, míře hojení, ale i druhu Vašeho zaměstnání. Proto se pohybuje kolem 1-2 týdnů, někdy i déle. Po propuštění doporučujeme chránit nos před úrazem, dle ordinace lékaře aplikaci nosních kapek, eventuelně masti a v některých případech vyzýváme pacienta k provádění tlakových masáží na kostěný skelet nosu k uchování lepšího tvaru.

#### **ALTERNATIVY VÝKONU**

Alternativou výkonu je neoperovat.

Rizikem alternativního postupu je přetrvávání deformity nosu, zhoršené nosní dýchání, záněty vedlejších nosních dutin, bolesti hlavy.

**PROHLÁŠENÍ PACIENTA/ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE**

Podepsáním tohoto dokumentu potvrzuji, že poučení bylo dostatečné a porozuměl(a) jsem jeho obsahu. Prohlašuji, že během poučení jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno. Plně rozumím textu, který podepisuji a činím tak ze své svobodné vůle, při plném vědomí a souhlasím s navrhovanou zdravotní péčí, výkonem a eventuální modifikací a případným nutným rozšířením zákroku. V případě odmítnutí jsem byl(a) seznámen(a) se všemi riziky svého rozhodnutí a jsem si plně vědom(a) jejich důsledků. Toto prohlášení potvrzuji svým vlastnoručním podpisem. V případě zákonného zástupce vlastnoručním podpisem zákonného zástupce.

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| Jméno a příjmení pacienta            |  |
| Rodné číslo pacienta                 |  |
| Podpis pacienta (zákonného zástupce) |  |
| V Náchodě dne                        |  |

|                           |                  |
|---------------------------|------------------|
| Podpis a jmenovka lékaře: | Razítko oddělení |
|                           |                  |

**PROHLÁŠENÍ SVĚDKA**

Varianta pro případ, kdy se pacient nemůže podepsat.

Prohlašuji, že pacient přede mnou projevil, že sdělené poučení souhlasí s výše uvedenými skutečnostmi a v uvedeném rozsahu.

|                                                                                                               |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Svědék:<br>(Jméno, příjmení. Není-li svědek<br>pracovníkem zdravotnického zařízení,<br>adresa a datum naroz.) |  |
| Pacient se nemůže podepsat z důvodu,<br>že:                                                                   |  |
| Pacient projevil svůj souhlas tak, že:                                                                        |  |
| Podpis svědka:                                                                                                |  |