



INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

Tracheotomie – otevření průdušnice pro dýchání

POVAHA A CÍL VÝKONU

Důvodem k výkonu jsou dýchací potíže, které nelze řešit jiným způsobem například léčbou medikamenty. Příčinou bývají nádory nebo těžké záněty hrtanu. Cílem výkonu je vytvoření vstupu do průdušnice a tím zajištění dýchacích cest pro volné dýchání.

VLASTNÍ VÝKON

Výkon je prováděn zpravidla v celkové anestézii zřídka v lokální. Na krku je veden řez v místě plánovaného vstupu do průdušnice, je proniknuto k průdušnici a je vytvořen vstup do průdušnice pro zavedení kanyly (lidově „slavík“) pro dýchání. Pokud je odstraněna příčina dýchacích potíží je možné následně odstranit kanylu a otvor v průdušnici ponechat spontánně zhojit případně chirurgicky uzavřít.

MOŽNÉ KOMPLIKACE

Krvácení, poranění jícnu, poranění zvratného nervu, natržení dalších prstenců průdušnice. Pooperační zánětlivé komplikace, vznik hypertrofické jizvy, zmenšení kožní citlivosti v operované oblasti, bolestivost, zúžení průdušnice, dráždění ke kašli, komunikační potíže.

PÉČE PO OPERACI A HOSPITALIZACE

Délka hospitalizace závisí na vývoji základního onemocnění, které vedlo k dýchacím potížím. Po operaci je nutná péče o kanylu a dýchací cesty během hospitalizace zdravotnickým personálem, pokud je kanyla ponechána delší dobu je možné propuštění do domácího léčení a péči o kanylu může zvládnout sám pacient event. s pomocí rodiny nebo pečovatelské služby.

ALTERNATIVY VÝKONU

Alternativou výkonu je neoperovat.

Rizika alternativního postupu smrt udušením.

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.

Svědek: (Jméno, příjmení. Není-li svědek pracovníkem zdravotnického zařízení, adresa a datum narození)	
Pacient se nemůže podepsat z důvodu, že:	
Pacient projevil svůj souhlas tak, že:	
Podpis svědka:	