

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

Přímá laryngoskopie

POVAHA A CÍL VÝKONU

Přímá laryngoskopie je zákrok, který je určen k podrobnému vyšetření hrtanu za pomoci mikroskopu eventuelně endoskopu. Tento operační zákrok napomáhá k určení diagnózy, objasnění a případně k odstranění Vašich obtíží.

VLASTNÍ VÝKON

Přímá laryngoskopie se provádí v celkové anestezii. Během výkonu leží pacient v poloze na zádech se zakloněnou hlavou a ústy je přes hltan až do vchodu do hrtanu zavedena pevná trubice dlouhá asi 15 cm a široká 1,5cm. Pomocí této kovové trubice pod kontrolou mikroskopu lékař vyšetří oblast hrtanu včetně hlasivek. V případě potřeby zavádí do hrtanu nástroje, kterými odebere vzorek tkáně nebo odstraní povlaky a nárůstky.

MOŽNÉ KOMPLIKACE

Krvácení, které si výjimečně může vyžádat další operaci, přechodné (vzácně trvalé) zhoršení hlasu, ojediněle zhoršení dýchání vlivem otoku hrtanu, uvolnění předních horních zubů, buď pro nepříznivé anatomické poměry, které ztěžují zavedení kovové trubice, nebo pro nepevné usazení zubů, bolesti v krku, poranění hltanu, bolesti krční páteře. Dále může dojít během operace ke vzniku komplikací souvisejících s podáním anestézie.

PÉČE PO OPERACI A HOSPITALIZACE

Po operaci je nutné dodržovat léčebný režim, který především spočívá v nezatěžování hlasivek řečí a to ani šepotem. Ten mnohdy hlasivky namáhá více než běžná hlasitá řeč.

Průměrná délka hospitalizace je 3-5 dnů. Délka pracovní neschopnosti je závislá na mnoha faktorech od operačního nálezu, míře hojení, ale i druhu Vašeho zaměstnání. Proto se pohybuje od 14 dnů až 1 měsíc.

ALTERNATIVY VÝKONU

Alternativou je neoperovat.

V důsledku odmítnutí ale může dojít ke zhoršování Vašich obtíží a ke vzniku komplikací (například chronický zánět hrtanu, poruchy až ztráty hlasu) a k rozvoji závažných onemocnění, vyplývajících z pozdní diagnostiky a pozdního rozlišení původu Vašich obtíží.

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: (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:	