



INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

SEPTOPLASTIKA - operace nosní přepážky

POVAHA A CÍL VÝKONU

Vaše obtíže jsou způsobené deformací nosní přepážky (septa) a tím zhoršenou průchodností dutiny nosní. Cílem operace je zprůchodnit nos.

VLASTNÍ VÝKON

Při septoplastice lékař upravuje chrupavčité a kostěné tkáně a nosní přepážku srovná do střední čáry, indikovaných případech může být ošetřena sliznice dolních nosních skořep. Operaci se provádí nosem, v obličeji nebudete mít žádnou operační ránu ani jizvu. Aby po zákroku nedocházelo ke krvácení nebo ke změně již vytvarované nosní přepážky, budete mít po operaci v obou nosních dírkách ucpávky (tamponádu), eventuálně i silikonové plátky, stehem přichycené k nosní přepážce. Dýchat budete pouze ústy.

MOŽNÉ KOMPLIKACE

Komplikací při výkonu může být krvácení. Další komplikací již po výkonu může být zánět během hojení nebo změna tvaru nosu, otok a hematom v obličeji, perforace (proděravění v nosní přepážce), poruchy čichu. Dále může během operace dojít ke vzniku komplikací souvisejících s podáním anestezie.

PÉČE PO OPERACI A HOSPITALIZACE

První nebo druhý pooperační den odstraníme nosní ucpávku (tamponádu) a pro lepší hojení Vám budeme několikrát denně aplikovat do nosu kapky a masti, provádět anemizace pomocí tampónku. Pro zmírnění bolesti budete dostávat léky tišící bolest a podporující hojení. Před propuštěním případně následně při ambulantní kontrole odstraníme z nosní dutiny silikonové plátky, pokud byly použity. Průměrná délka hospitalizace je 7 dnů. Délka pracovní neschopnosti je závislá na hojení, ale obvykle trvá 14 dní od propuštění z nemocnice.

ALTERNATIVY VÝKONU

Alternativou je neoperovat.

Rizikem alternativního postupu je trvalý zhoršená nosní průchodnost, oslabený čich, záněty vedlejších nosních dutin.



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 naroz.)	
Pacient se nemůže podepsat z důvodu, že:	
Pacient projevil svůj souhlas tak, že:	
Podpis svědka:	