

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

ADENOTOMIE – odstranění nosohltanové mandle

POVAHA A CÍL VÝKONU

Adenotomie je odstranění nosohltanové mandle (adenoidní vegetace). Nosohltanová mandle je umístěna v horní části nosohltanu. Zvětšená nosní mandle brání normálnímu dýchání nosem, které dítě nahrazuje dýcháním otevřenými ústy. V noci hůře spí, někdy i chrápe. Hůře jí a tím i hůře prospívá. Dále může být nosohltanová mandle příčinou zhoršení sluchu, opakujících se zánětů vedlejších nosních dutin a trvalé rýmy, zdroj infekčního ložiska vyvolávající alergizující, nebo zánětlivé onemocnění.

VLASTNÍ VÝKON

Adenotomie je prováděna ústy, kdy po rozevření ústní dutiny, pomocí nástrojů lékař mandli odstraní. Celý výkon je prováděn za kontroly zrakem pomocí speciální optiky. Operační rána se nezašívá, krvácení bývá nevelké, ustává spontánně jen někdy je třeba ošetření elektrokoagulací.

MOŽNÉ KOMPLIKACE

Komplikací při a po výkonu může být krvácení. Po výkonu může dojít k otoku měkkého patra. Dále může během operace dojít ke vzniku komplikací souvisejících s podáním anestézie.

PÉČE PO OPERACI A HOSPITALIZACE

Po operaci je nutné dodržovat léčebný režim, který především spočívá v dodržování dietních opatření. Dítěti budeme podávat chladné nápoje a šetrnou měkkou stravu. Dále přiložíme dítěti na krk šetrný studený obklad, který budeme podle potřeby měnit. O podání první stravy a tekutin rozhoduje zdravotnický personál.

Druhý den bude Vaše dítě propuštěno do domácího ošetření. Při propuštění obdržíte písemný návod, jak pečovat o dítě po výkonu a jakým způsobem provádět dechová cvičení. Na první kontrolu po hospitalizaci se dostavíte za týden po propuštění. Do té doby doporučujeme ponechat dítě v domácím léčení jen s postupnou zátěží. Chránit jej před prochlazením, omezit návštěvy, neslunit a nekoupat v příliš teplé vodě.

ALTERNATIVY VÝKONU

Alternativou výkonu je neoperovat.

Rizikem alternativního postupu je ponechání zánětlivého ložiska a mechanické překážky v nosohltanu, porucha nosního dýchání, nedoslýchavost, porucha vývoje hrudníku.

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:	