



INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

TONZILEKTOMIE - odstranění krčních mandlí (nebo pouze jedné)

POVAHA A CÍL VÝKONU

Tonzilektomie je odstranění krčních (patrových) mandlí (nebo pouze jedné). Důvodem je zpravidla přítomnost zánětu někdy také zvětšení mandlí působící mechanickou překážku a tím polykací někdy dýchací potíže.

VLASTNÍ VÝKON

Při tonzilektomii provede lékař po zafixování rozvěrače ústní dutiny uvolnění patrové mandle z jejího lůžka a poté mandli (mandle) pomocí nástrojů odstraní. Operační rána se nezašívá, krvácení bývá nevelké.

MOŽNÉ KOMPLIKACE

Komplikací při a po výkonu může být krvácení. Po výkonu může dojít k otoku měkkého patra, ztíženému a bolestivému polykání, zatékání tekutin do nosu, poruše řeči a poruše polykání, poruše chuti, zhoršení zánětů průdušek a plic. Tyto komplikace se vyskytují velmi zřídka. 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 a tlumení bolesti. V den operace dostanete pouze studené tekutiny. V místě odstraněné mandle se vytváří nová a křehká tkáň. Aby nedošlo k nežádoucímu krvácení z operační rány, budete od prvního pooperačního dne dostávat šetrnou a měkkou stravu. Vyvarujte se požívání tuhých jídel a pití horkých tekutin. Pro zmírnění bolesti budete dostávat léky a roztoky tišící bolest a podporující hojení. Průměrná délka hospitalizace je 7 dní. Po propuštění z nemocničního léčení může dojít během hojení ke vzniku pozdních komplikací a to opět především ke krvácení z operační rány. Proto je velmi důležité i v domácím léčení dodržovat dietní režim a nenamáhat se. 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 ponechání zánětlivého ložiska nebo mechanické překážky.



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.

Svědka: (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:	