

## Informovaný souhlas pacienta s operačním výkonem

### Rovnění nosních kůstek (repozice nosu – zavřená)

<b>Jméno, příjmení:</b>	
<b>Datum narození:</b>	
<b>Bydliště:</b>	
<b>Číslo zdravotní pojišťovny:</b>	

Vážená paní, Vážený pane,  
vzhledem k tomu, že jako osoba způsobilá k právním úkonům se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován (a).

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byl lékařem indikován operační zákrok – zavřená repozice nosních kůstek.

#### Co je repozice nosu:

Kostra nosu je tvořena nosními kůstkami a nosní přepážkou. Nosní přepážka rozděluje nosní dutinu na dva nosní průchody, kudy prochází vzduch.

Po úrazu nosu může být kostra nosu vč. přepážky vychýlena ze střední roviny nebo nosní kůstky prolomeny do nitra nosního. Uvedené změny mohou způsobovat zhoršení průchodnosti a změnu tvaru nosu. Repozicí se snažíme vrátit skelet do původního postavení.

#### Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Vyrovnění nosních kůstek a nosní přepážky je doporučováno v případech zhoršené nosní průchodnosti nebo výraznějších deformit zevního nosu.

Výkon by měl být proveden **do sedmi** maximálně **do deseti** dnů po úrazu. Po uplynutí této doby dojde k fixaci kostí v nové poloze a repozici již není možné provést standardně, ale pouze metodami plastické chirurgie (ne na našem pracovišti, výkon nehradí zdravotní pojišťovna).

#### Alternativy výkonu:

Alternativou operačního výkonu je neoperovat. Rizikem alternativního postupu je však neprůchodnost nosní, bolesti hlavy, záněty dutin a trvalé deformity tvaru nosu.

#### Jaký je režim pacienta před výkonem:

O režimu před výkonem budete informován (a) po přijetí na oddělení.

#### Jaký je postup při provádění výkonu:

Zárok se provádí v celkové anestézii, vzácněji v lokální.

Za pomoci tupého nástroje, který se zavede do dutiny nosní, se nadzvedne stříška nosních kůstek a přetlačí do původní pozice. Tvar se fixuje mulovou nosní tamponádou zavedenou do nosních dutin, vzácně ještě zevně sádrou (většinou u tříštivých zlomenin).

#### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Jako každý operační zákrok i tato operace je spojena s rizikem komplikací. Zde je uveden výčet nejběžnějších komplikací.

- Výkon v lokální anestézii mohou provázet mdloby.
- Pooperačnímu krvácení předcházíme zavedením nosní tamponády.
- Krvácení mezi listy nosní přepážky (hematom přepážky) a jeho event. zhnisání (absces přepážky) jsou zcela výjimečné a řešíme je malým řezem a vypuštěním nahromaděného obsahu – i tomuto předcházíme zavedením nosní tamponády.
- Srůst mezi nosní přepážkou a sliznicí dolních nosních skořep, vznikající na podkladě podráždění sliznice tamponádou a výkonem, úprava se provádí operačně – rozrušením srůstu a dočasným zavedením plastové destičky (splitu).
- Ojediněle může vzniknout sedlovitý nos při masivní mnohočetné zlomenině.
- Extrémně vzácné je proděravění nosní přepážky při atrofické sliznici nebo extrémním vybočení (možná rekonstrukce a plastika).
- Při výkonech v celkové anestezii se zřídka mohou vyskytnout těžké komplikace ohrožující životně důležité orgány, jako jsou např. porucha srdeční a dechové činnosti či porucha činnosti ledvin, vycházející z celkové anestezie (zejména u starších a celkově nemocných pacientů).
- Ze všeobecných operačních rizik je třeba zmínit i možnost vzniku trombózy (uzávěr cévy sraženinou krevní) nejčastěji cév dolních končetin a eventuální následné zanesení sražené krve do jiných tělních orgánů (embolie) – nejčastěji plic. Tyto komplikace jsou u tohoto krátkého výkonu velmi zřídka.

Nelze ani jednoznačně vyloučit, že dojde k tak závažné změně zdravotního stavu či komplikaci, která povede k další operaci nebo až k úmrtí pacienta. Dále nelze vyloučit ani výskyt ojedinělých a vzácných komplikací, které nejsou součástí tohoto výčtu.

**Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:**

Tamponáda nosní je ponechána 48 hodin a následně odstraněna. Další fixace již většinou není nutná. Celková doba pracovní neschopnosti bývá 7 dní. Po dobu 3 týdnů od výkonu je doporučeno omezení sportovní a namáhavé fyzické činnosti – omezení rizika vzniku dalšího úrazu nosu.

V případě, že nedojde k úplnému obnovení správné nosní ventilace (dáno přetrváváním deformity nosní přepážky) je možné s odstupem několika měsíců provést plastiku nosní přepážky.

Omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti je u každého pacienta individuální, a to s přihlédnutím k povaze onemocnění, hojení a společenskému a pracovnímu zapojení po zákroku. Jednotlivá omezení s Vámi po provedení zákroku probere lékař.

**Předpokládaný prospěch výkonu:**

Zlepšení dýchání nosem a minimalizace deformit nosu.

Byl (a) jsem svým ošetřujícím lékařem poučen (a) o významu pořízení audiovizuálních záznamů průběhu mé léčby, které, v případě mého souhlasu, mohou být použity pro vědecké a studijní účely a mohou být prezentovány na seminářích Karlovarské krajské nemocnice a. s., na kongresech, event. publikovány v odborných časopisech. Záznamy budou pořízeny jenom z těch částí mého těla, které přímo souvisí s léčbou. Byl (a) jsem poučen (a), že při jejich jakékoliv prezentaci nebudou zveřejňovány osobní údaje o mé osobě (jméno, příjmení) a citlivé údaje ani další znaky, které by vedly k bližší identifikaci mé osoby:

ANO  NE

**Doplňující údaje lékaře (nutno doplnit nebo proškrtnout):**

.....

.....

**Já, níže podepsaný pacient (zákonný zástupce, opatrovník) prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně informován o účelu a povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích plánovaného lékařského výkonu uvedeného výše. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a veškeré mé dotazy byly srozumitelně zodpovězeny.**

**Jsem si vědom/a toho, že při provádění operačního výkonu může nastat neočekávaná situace, která si vyžádá rozšíření původně plánovaného výkonu nebo provedení dalšího nutného výkonu pro záchranu mého zdraví či života. Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s uvedeným operačním výkonem i s podáním anestezie.**

**Jsem srozuměn/a s tím, že operační výkon nemusí být proveden lékařem, který mne doposud ošetřoval.**

**Souhlasí zaznamenané místo a lokalizace výkonu (zákroku).**

**Datum:**.....

**Podpis pacienta (zákonného zástupce, opatrovníka):**.....

**Prohlašuji, že jsem vysvětlil podstatu operačního výkonu pacientovi způsobem, který byl podle mého soudu pro pacienta srozumitelný. Se způsobem plánované anestezie/sedace byl seznámen lékařem – anesteziologem.**

**Rovněž jsem pacienta seznámil s důsledky tohoto výkonu a s možnými častějšími komplikacemi, zejména s riziky uvedenými výše v tomto poučení.**

**Datum:**.....

**Jméno lékaře:**..... **Podpis:**.....