

## Informovaný souhlas pacienta s výkonem

### **Incize (naříznutí) a vypuštění hnisavého ložiska v dutině ústní (peritonsilární absces)**

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

Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče  
vzhledem k tomu, že se jako osoba plně svéprávná podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby (Vašeho dítěte), máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován/a.

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního (aktuálního zdravotního stavu dítěte) byl lékařem indikován zákrok – incize (naříznutí) a vypuštění hnisavého ložiska v dutině ústní (peritonsilární absces).

#### **Co je incize:**

Incize je chirurgický zákrok, při kterém se otevírá a vypouští dutina s nahromaděným hnisem (tzv. absces).

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

Absces je chorobná dutina, vzniklá zánětem a vyplněná hnisem. V našem oboru se nahromadění hnisu nejčastěji objevuje v okolí krčních mandlí (tzv. peritonsilární absces). Onemocnění vzniká zpravidla jako komplikace angíny, kdy dochází ke zhoršování bolesti v krku (zpravidla na jedné straně), která postupně brání pacientovi polykat, otevírat ústa a v nejhorších případech i dýchat.

#### **Alternativy výkonu:**

V počátečním stádiu, pokud ještě není přítomen hnis, ale pouze zánětlivé prosáknutí tkání (flegmona) se podávají antibiotika, léky proti otoku a je možné s výkonem (incizí) vyčkat dle dalšího průběhu onemocnění. V případě rozvinutého onemocnění, tedy již vzniklého abscesového ložiska, je uvolnění hnisu nezbytné. Alternativou incize abscesu je úplné odstranění tonsily (mandle). Při neprovedení výkonu směřujícího k uvolnění hnisu hrozí nárůst otoku v okolí hrtanu a následné dušení, které může vést k urgentnímu a rozsáhlejšímu výkonu – tracheotomii.

#### **Jaký je režim pacienta před výkonem:**

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

#### **Jaký je postup při provádění výkonu:**

Výkon se provádí většinou v lokální anestezii (injekčně podané do místa výkonu), pouze ve zcela výjimečných případech se může lékař přiklonit i k anestezii celkové (např. v případě dětských pacientů).

Samostatnému výkonu může předcházet zobrazovací vyšetření – sonografie či CT. Uložení hnisavého ložiska se může také ověřit punkcí (nasátím injekční stříkačkou).

Při samotné incizi se po předchozím umrtvení nařízne sliznice nad dutinou skalpelem a poté je tupým nástrojem (peánem) provedena dilatace (roztážení) až do stěny abscesové dutiny. Vzniklým otvorem dojde spontánně k uvolnění hnisu. Dilataci je nutné opakovat několik dní po sobě, než se dutina přestane plnit hnisavým obsahem.

Pokud ani provedením incize není stav zlepšen, pak je indikována urgentní tonsilektomie (odstranění mandle).

#### **Jaké jsou možné komplikace a rizika:**

Jako každý zákrok, tak i tento je spojen s rizikem komplikací.

Zde je uveden výčet nejběžnějších komplikací:

##### Mezi nejběžnější komplikace patří:

- Mírné krvácení z incizní ranky, které se zastaví spontánně nebo při intenzivnějších krváceních může být k zástavě použit elektrokoagulační kauter.
- Celková slabost až upadnutí do mdlob, které upravením polohy nemocného odezní.
- Alergická reakce na podanou anestezii.

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

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

Vždy je podávána antibiotická léčba celkově (zpočátku injekčně), lokálně se provádí výplachy úst antiseptiky. V případě bolesti jsou podávána účinná analgetika. V prvních dnech po výkonu je podávána kašovitá strava. Hospitalizace většinou trvá při příznivém průběhu pět dní. Celková doba pracovní neschopnosti je většinou 14 dní.

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:**

Vypuštění abscesové dutiny s úlevou od bolesti a zamezení opětovnému vytvoření abscesové dutiny.

Byl/a jsem lékařem poučen/a o významu pořízení audiovizuálních záznamů v průběhu mého vyšetření, 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 vyšetřením. 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 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 s uvedeným výkonem souhlasím.**

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

**Datum:**.....

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

**Prohlašuji, že jsem vysvětlil podstatu 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:**.....