

Informovaný souhlas pacienta s výkonem

Operace čelistní dutiny ze zevního přístupu (operacio section Caldwell-Luc)

Jméno, příjmení:	
Datum narození:	
Bydliště:	
Číslo zdravotní pojišťovny:	

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 výkon operace čelistní dutiny ze zevního přístupu dle Caldwell - Luca).

Co je operace čelistní dutiny ze zevního přístupu:

Jedná se o revizi čelistní dutiny, za účelem odstranění patologicky změněné sliznice a patologického obsahu čelistní dutiny. Touto cestou lze také odstranit případné cysty (patologický útvar v čelisti s vlastním obalem) nebo cizí tělesa (zubní výplně, kořeny apod.), případně provést i uzávěr patologické komunikace mezi čelistní a ústní dutinou.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Indikací tohoto výkonu je akutní nebo chronický zánět nereagující na dostupnou konzervativní či jinou méně invazivní léčbu, dále pak patologický nález v čelistní dutině, cysta, cizí tělesa, píštěl mezi čelistní a ústní dutinou.

Alternativy výkonu:

Adekvátní alternativa operace dle Caldwell- Luca v současné době není známá, zvláště pokud se jedná o odstranění cyst, cizích těles, patologické tkáně či píštěl mezi ústní a čelistní dutinou.

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 z řezu v horní ústní předsíni na dané straně (pod horním rtem, nad zubním obloukem – v místě špičáků). Principem operace je odstranění přední stěny čelistní dutiny, její vyčištění a případná aplikace antibiotik přímo do dutiny. Během tohoto výkonu je do čelistní dutiny zavedena mulová longeta napuštěná hojivými preparáty a dále je zavedena mulová nosní tamponáda, bránící krvácení z nosu. Rána sliznice v dutině ústní je sešita několika stehy.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Jako každý operační zákrok i tato operace je spojena s rizikem komplikací.

Zde je uveden výčet nejběžnějších komplikací.

- Alergie na léky nebo dezinfekční roztok.
- Pooperační krvácení lehké se řeší opětovnou tamponádou, silnější krvácení je nutné revidovat na operačním sále.
- Otok a krevní výron do tváře a očního víčka jsou běžné a zpravidla ustoupí spontánně během několika dní - podáváme studené obklady, léky proti otoku.
- Mírná změna citlivosti tváře, horního rtu, zubů horní čelisti či iritace trojklaného nervu - zpravidla též spontánně ustoupí - vymizení podporujeme podáváním vitamínů skupiny B.
- V ojedinělých případech může dojít k zapouzdření se slizniční žlázy (mukokele), kde je indikována operační revize.
- Nelze vyloučit akutní pooperační infekci v čelistní dutině.
- Onemocnění u pacientů se silnou alergií či nosními polypy se může opakovat - zde nutná i alergologická léčba.
- V případě celkové anestezie možnost komplikací plicních (zánět plic či dýchacích cest, zhoršení astmatu), kardiovaskulárních (srdeční slabost, srdeční infarkt, mozková mrtvice), zánět hlubokých žil-trombóza, plicní embolie (vmetky krevních sraženin do plic).

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:

Po operaci je nutné dbát o důslednou hygienu dutiny ústní. Je omezen příjem stravy, která je pouze kašovitě konzistence. Nosní tamponáda je odstraněna 48 hodin po výkonu, longeta z čelistní dutiny 5 dní po výkonu. Po jejím odstranění se provádí skrz rozšířené ústí výplach čelistních dutiny. Propuštění přichází většinou 5. pooperační den. Stehy z ústního vestibula se odstraňují 7 dní po operaci, ambulantně. Pracovní neschopnost je následně ponechána ještě dalších 7-10 dní. V tomto období je omezena

sportovní a namáhavá fyzická aktivita, doporučujeme pouze mírné smrkání. V pooperačním období doporučujeme pacientům lokální aplikaci kortikoidních sprejů jako prevenci recidivy onemocnění.

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:

Cílem výkonu je likvidace zánětlivého ložiska v dutinách a zajištění ventilace čelistní dutiny. Dle charakteru primárního onemocnění lze očekávat buď úplné zhojení, nebo podstatné zlepšení zdravotního stavu.

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 Karlovarská krajská 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.

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:**.....