

## Adenotomie (odstranění nosohltanové mandle)

### Pacient (štítek)

---

Jméno a příjmení:

---

Rodné číslo:

Bydliště:

---

### Zákonný zástupce

---

Jméno a příjmení:

Datum narození:

---

### Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

v předkládaném formuláři si přečtete informace o adenotomii (odstranění nosohltanové mandle).

Pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohl(a) rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení.

### Co je adenotomie:

Adenotomie je chirurgické odstranění nosohltanové mandle pod optickou kontrolou.

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

Důvodem operace je zbytnění nosohltanové mandle, které může způsobit opakující se infekce horních i dolních cest dýchacích, záněty středního ucha, nedoslýchavost, špatný vývoj zubů, řeči a celkové neprospívání dítěte.

### Jaký je režim pacienta před výkonem:

Týden před výkonem je nutné zajistit cestou praktického dětského lékaře předoperační vyšetření dítěte včetně základní laboratoře. Den před výkonem je dítě přijato ORL lékařem, vyšetřeno a odchází domů. K operaci přichází v den výkonu na lačno v 6,30 hod.

### Jaký je postup při provádění výkonu:

Operace se provádí v celkové anestezii. Endoskopem, tj. přístrojem s kamerou, je zpréhledněn nosohltan, kyretou odstraněna nosohltanová mandle a zastaveno krvácení.

### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

- krvácení - časně (do 24 hod. po výkonu)  
- pozdní (do 10–14 dnů po operaci)
- zvracení v důsledku celkové anestezie či spolykané krve během operace
- teploty do 38 °C a bolesti v krku – mohou přetrvávat několik dní po zákroku

### Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Pokud výkon proběhne bez komplikací, propouštíme dítě druhý den po operaci domů; propuštění předchází kontrola lékařem. Doma by dítě mělo mít klidový režim, po 3 dnech následuje kontrola na naší ORL ambulanci.

## **Jaké jsou možné alternativy výkonu:**

Alternativou k endoskopické adenotomii je klasická adenotomie, kdy se provádí odstranění nosohltanové mandle kyretou bez optické kontroly. Rizikem při této variantě operace může být neúplné odstranění nosohltanové mandle a v budoucnu vyšší pravděpodobnost recidivy onemocnění.

**Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky, možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Byly mi vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá, a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). Lékařem jsem byl(a) poučen(a) o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.**

**S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.**

**Datum:**

\_\_\_\_\_  
Podpis pacienta nebo zákonného zástupce

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis ošetřujícího lékaře, který vysvětluje pohovor provedl

**Pacient(ka) není schopen(a) podpisu. Svůj souhlas vyjádřil(a):**

popište způsob:

\_\_\_\_\_  
Jméno, příjmení a podpis svědka

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře