

FESS Ě funk ní endonasální endoskopická chirurgie

Pacient (ztíteek)

Jméno a p íjmení:

Rodné íslo:

Bydliýt :

Zákonný zástupce

Jméno a p íjmení:

Rodné íslo:

Vážená paní, vážený pane, vážený rodi e,

v předkládaném formuláři si přečtete informace o FESS – funkční endonasální endoskopické chirurgii.

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 FESS:

FESS je zákrok v oblasti dutiny nosní a přínosových dutin (PND), při kterém se operuje pomocí optiky a speciálních nástrojů za účelem odstranění patologických změn a vytvoření nebo rozšíření komunikace mezi dutinami a nosem (drenáže).

Jaký je d vod (indikace) tohoto výkonu:

Operace je indikována při chronických zánětech, cystách, polypech, nádorech v přínosových dutinách. Rozsah operace je závislý na nálezů při CT vyšetření. Provádí se v celkové anestezii. Trvání operace cca 1–2 hod.

Jaký je režim pacienta p ed výkonem:

Týden před výkonem je nutné zajistit cestou praktického lékaře interní předoperační vyšetření včetně základní laboratoře, EKG a RTG plic. Den před výkonem je pacient přijat na ORL (ušní, nosní, krční) oddělení, vyšetřen lékařem, poučen o zákroku a dalším průběhu hospitalizace. V den operace musí být pacient na lačno, užije léky dle ordinace ošetřujícího lékaře.

Jaký je postup p i provád ní výkonu:

Pomocí nosní optiky a speciálních operačních nástrojů zavedených přes nosní průduch se rozšíří přirozené ústí PND, poté se vyčistí jednotlivé dutiny, které jsou postižené patologickým procesem, rozruší se kostěné přepážky mezi dutinami. Odstraní se poškozená sliznice, staví se krvácení. Nos se pak vytamponuje proužky.

U náročnějších typů výkonů, zejména u operací zadních čichových sklípků či klínové dutiny nebo u opakovaných operací se s výhodou používá navigační přístroj. V těchto případech operace probíhá na neurochirurgickém sále, výkon ale samozřejmě provádí ORL lékař. Podrobnosti Vám budou sděleny během příjmu na ORL oddělení.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Níže uvedené komplikace nejsou příliš časté, nicméně naprostou bezrizikovitost jakéhokoliv léčebného zákroku není možno nikdy zaručit. Mezi možné komplikace patří: drobné poranění očních víček, drobné krvácení, poškození zubů, poranění vývodů slzných cest, vznik srůstů, opakovaný uzávěr vytvořených ústí PND, přetrvávající krusty, otok, poruchy čichu. Velmi vzácně se mohou vyskytnout i závažnější komplikace, například: poranění orbity (oka) – výron krve, porucha hybnosti oka, poranění očního nervu, poruchy zraku (reflexní reakce cév oka), krvácení poranění pleny mozkové, únik mozkového moku, průnik vzduchu, poranění mozku, záněty, těžká infekce

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Po operaci podáváme léky proti bolesti, antibiotika, eventuálně léky proti krvácení. Za 1–2 dny se odstraní tamponáda, poté se aplikují nosní kapky, Vincentka a borová vazelína. Délka hospitalizace je přibližně 7 dní, po propuštění se provádějí opakované endoskopické kontroly. U některých pacientů indikuje lékař inhalační léčbu.

Jaké jsou možné alternativy výkonu:

Alternativou této operace při nosní polypóze je klasická polypektomie, což je zákrok v lokální anestezii. Operatér nejprve vystříká nosní průduchy anestetickým sprejem a poté do nich zavede proužky nasáklé anestetickým prostředkem. Poté operatér speciálními nástroji (kličky, chapáčky) polypy odstraní. Při tomto výkonu jsou odstraněny pouze polypy v dutině nosní, nález v oblasti přínosových dutin se touto operací nevyřeší.

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn a dle mého nejlepšího vědomí a svědomí, že jsem se seznámil s možnými komplikacemi a riziky, a že jsem se rozhodl pro provedení tohoto výkonu. Jsem si vědom možných alternativ a jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Můj lékař mi poskytl všechny informace, které jsem potřeboval, a jsem s ním v souladu. Lékařem, kterému jsem se rozhodl pro tento výkon, jsem vyjádřil 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 způsoby:

Jméno, příjmení a podpis svědka

Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře