

Repozice nosních kůstek

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 repozici nosních kůstek.

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 repozice nosních kůstek:

Repozice je zákrok, který upravuje zlomeninou deformovaný zevní nos.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Důvodem k této operaci bývá nutnost korekce tvaru zevního nosu, který je poúrazově deformován.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Pacient se zlomeninou nosních kůstek je přijat na ORL oddělení, vyšetřen lékařem. Před výkonem, který je prováděn zpravidla v celkové anestezii, musí být pacient na lačno (minimálně 6 hodin), měl by mít základní předoperační vyšetření praktickým lékařem, včetně základní laboratoře, dle celkového zdravotního stavu, případně i EKG.

Jaký je postup při provádění výkonu:

V celkové anestezii za přítomnosti anesteziologa operátor nadzvedne, případně tlakem upraví posunuté nosní kůstky do žádané polohy. V případě výraznějšího krvácení z nosu zavede na závěr operace do nosních průduchů proužky (přední nosní tamponáda). Tyto budou odstraněny další den po operaci. Po vytažení se aplikují nosní kapky na zmírnění eventuálního krvácení a snížení otoku sliznice.

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: anesteziologické, výraznější krvácení v průběhu operace nebo po vytažení přední nosní tamponády, infekce dutiny nosní.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Délka hospitalizace po zákroku je u nekomplikovaného průběhu 24 hodin. Asi týden pacient aplikuje nosní kapky, je nutné chránit nos před nárazy.

Jaké jsou možné alternativy výkonu:

Pokud se zákrok provádí s odstupem několika dní od úrazu, nelze zaručit dostatečný výsledný efekt operace (kůstky již jsou částečně srostlé v nežádoucí poloze). V takovém případě je v budoucnosti vhodné zvažovat plastickou úpravu zevního nosu.

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