



Informovaný souhlas pacienta / zákonného zástupce

OPERACE EXOSTÓZY ZVUKOVODU

(Odstranění kostěných výrůstků na zvukovodu mikrofrézou)

Vedoucí lékař: primář MUDr. Tomáš Fořt
Zástupce primáře: MUDr. Vladimír Prokop
Vedoucí lékař anesteziologie: MUDr. Roman Baláž

Pacient:

Jméno a příjmení: _____ R. Č.: _____

Zákonný zástupce pacienta:

Jméno a příjmení: _____ R. Č.: _____

I. Informace o povaze onemocnění:

Exostózy (kostěné výrůstky na zvukovodu) způsobují záněty zevního zvukovodu, špatnou evakuaci ušního mazu a v nejtěžších případech i převodní nedoslýchavost.

II. Informace o léčebném výkonu:

Operace se provádí v celkové anestezii. Pacient je uveden do spánku podáním anestetik injekcí do žíly či inhalací netoxických inhalačních anestetik. Poté se zavede intubační rourka do dýchacích cest. Výkon je prováděn po mikroskopem a trvá cca 20-40 minut dle velikosti exostóz. Exostózy se snášejí mikrofrézou. Na závěr se zvukovod tamponuje longetou s antibiotikem. Poté je pacient převezen na dospávací pokoj, kde jsou monitorovány jeho životní funkce, pod dohledem sestry. Na dospávacím pokoji stráví pacient 2-6 hodin.

III. Rizika výkonu (obecná, individuální):

Existuje riziko lehčího krvácení z ucha a zánětu ucha spojeného s výtokem. Může dojít k extrakci mléčných zubů u dětí při zavádění intubační rourky nebo poškození chrupu u dospělých při zavádění rourky. Riziko celkové anestezie stoupá s věkem a závažností dalších onemocnění pacienta a zahrnuje v sobě i možné nepředvídatelné reakce organismu na podávání medikamentů a další procedury spojené s rizikem celkové anestezie.

IV. Alternativy výkonu:

Tento zákrok nemá konzervativní alternativu. Při odmítnutí zákroku hrozí komplikované záněty zvukovodu a bubínku, event. zhoršení nedoslýchavosti.

V. Odpovědi na doplňující otázky pacienta/zákonného zástupce:

(případně uvést, že pacient žádné doplňující otázky neměl)

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce srozumitelným způsobem informoval o plánovaném operačním zákroku, a to včetně upozornění na možné komplikace. Pacient/zákonný zástupce byl též seznámen s plánovaným způsobem anestezie včetně upozornění na možné komplikace spojené s tímto výkonem.

Datum: _____

MUDr.: _____ Podpis lékaře: _____

Souhlas pacienta / zákonného zástupce:

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně informován o plánovaném zákroku včetně anestezie, a to včetně upozornění na možné komplikace. Byly mi zodpovězeny mé doplňující dotazy (pokud byly položeny). Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením operačního zákroku s použitím popsané anestezie, a to včetně provedení dalších výkonů a opatření, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo zdravotní stav a život.

Byl jsem lékařem informován o možnosti léčby ve variantě základní i o variantě ekonomicky náročnější, neboť léčba onemocnění umožňuje volbu jedné z variant.

Zvolil jsem si ekonomicky náročnější variantu léčby a souhlasím s doplatkem _____ Kč, což potvrzuji svým podpisem.

Ne zvolil jsem si ekonomicky náročnější variantu léčby.

Datum: _____

Podpis pacienta nebo zákonného zástupce: _____

Otec: _____ Matka: _____