



Informovaný souhlas pacienta / zákonného zástupce

## **PARACENTÉZA S ODSÁTÍM**

**(Propíchnutí ucha při akutním zánětu středního ucha v ambulanci)**

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:**

Porucha sluchu v důsledku poruchy funkce Eustachovy trubice. Středoušní výpotek při akutním nebo chronickém zánětu středouší. Opakované středoušní záněty ústící v nutnost paracentézy. Latentní mastoiditis.

### **II. Informace o léčebném výkonu:**

Operace se provádí v lokální anestezii Xylocainem. Výkon trvá cca 10 minut.

### **III. Rizika výkonu (obecná, individuální):**

Existuje riziko lehčího krvácení ucha, zánětu ucha spojeného s výtokem. Riziko v sobě zahrnuje i možné nepředvídatelné reakce organismu na podávání medikamentů a lokální anestezie.

### **IV. Alternativy výkonu:**

Antibiotická léčba, alergologická a imunologická léčba. Výhodou je možnost neinvazivní léčby. K operaci se přistupuje po vyčerpání možností konzervativní terapie na doporučení specialisty ORL nebo pediatra. Při odmítnutí operace je pacient znevýhodněn možností trvalého zhoršení sluchu nebo i zánětlivých komplikací nitrolebních.

### **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 potvrzují svým podpisem.

Ne zvolil jsem si ekonomicky náročnější variantu léčby.

Datum: \_\_\_\_\_

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

Otec: \_\_\_\_\_ Matka: \_\_\_\_\_