

Informovaný souhlas pacienta / zákonných zástupců se zákrokem:

MYRINGOPLASTIKA

(Plastické zakrytí perforace bubínku)

Vedoucí lékař: primář MUDr. Tomáš Fořt

Vedoucí lékař anesteziologie: MUDr. Roman Baláž

Jméno a příjmení pacienta: _____ R. Č.: _____

I. Informace o povaze onemocnění:

Porucha sluchu v důsledku perforace bubínku. Středouší je perforací vystaveno infektům z okolí. Myringoplastikou se uzavře perforace a tím i středoušní dutina. Výsledkem je zlepšení sluchu.

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 perforace bubínku. Perforace se kryje štěpem z povázky spánkového svalu nebo z perichondria chrupavky před bubínkem. Závěrem se kůže šije stehem a zvukovodem se tamponuje. 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, zánětu ucha spojeného s výtokem, existuje riziko nepříhojení štěpu v závislosti na imunitní odpovědi organismu pacienta. Může dojít k extrakci předních zubů při zavádění intubační 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:

K operaci se přistupuje po vyčerpání možností konzervativní terapie, při selhání spontánního vyhojení perforace, na doporučení specialisty ORL. Při odmítnutí operace je pacient znevýhodněn možností trvalého zhoršení sluchu nebo 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.

Souhlasím s úhradou ceny jednorázového materiálu ve výši _____ Kč.

Datum: _____ Podpis pacienta: _____

V případě nezpůsobilosti pacienta k právním úkonům je nutné, aby dokument podepsali jeho zákonní zástupci (Zpravidla jsou to oba rodiče, pokud není soudem určen jiný způsob zákonného zastoupení. Pak je nutné doložit příslušné soudní rozhodnutí).

Zákonný zástupce 1:

Jméno a příjmení _____ R. Č. _____ Podpis _____

Zákonný zástupce 2:

Jméno a příjmení _____ R. Č. _____ Podpis _____