

Informovaný souhlas pacienta / zákonných zástupců se zákrokem:

## **OPERACE EXOSTÓZY ZVUKOVODU**

### **(Odstranění kostěných výrůstků na zvukovodu mikrofrézou)**

Vedoucí lékař: primář MUDr. Tomáš Fořt

Vedoucí lékař anesteziologie: MUDr. Roman Baláž

Jméno a příjmení pacienta: \_\_\_\_\_ 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.

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 \_\_\_\_\_