

Informovaný souhlas pacienta / zákonných zástupců se zákrokem:

## **ZAŠITÍ DILATOVANÝCH KANÁLKŮ PO NÁUŠNICI / KOLOBOM**

Vedoucí lékař: primář MUDr. Tomáš Fořt

Vedoucí lékař anesteziologie: MUDr. Roman Baláž

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

### **I. Informace o povaze onemocnění:**

Někdy po dlouhodobém nošení náušnic vzniká dilatace ušního kanálku, kde je náušnice upevněna. Někdy kanálek vykazuje zánět a je potřeba záležitost vyřešit. Léčba je pouze chirurgická.

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

U dětí do 8 let provádíme zákrok v celkové anestezii, u dospělých v lokální anestezii. Kůže je zašita podkožními a kožními stehy. Výkon trvá 20 minut. Po výkonu je pacient propuštěn do domácí péče.

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

Existuje riziko časného nebo pozdního krvácení (5-8 dní). Operační rána se může hojit zánětem. Riziko zákroku stoupá s věkem a závažností dalších onemocnění pacienta a zahrnuje v sobě i možné nepředvídatelné reakce organismu na podávání medikamentů a dalších procedury spojené s výkonem v lokální či celkové anestezii.

### **IV. Alternativy výkonu:**

Tento výkon nemá konzervativní alternativu.

## 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 \_\_\_\_\_