

Informovaný souhlas pacienta / zákonných zástupců se zákrokem:

Endoskopická dilatace Eustachovy trubice / Balonková dilatace Eustachovy trubice / Katetrizace Eustachovy tuby

Vedoucí lékař: primář MUDr. Tomáš Fořt

Vedoucí lékař anesteziologie: MUDr. Roman Baláž

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

I. Informace o povaze onemocnění:

Sluchová trubice umožňuje vyrovnávání atmosférického tlaku ve středouší, umožňuje dobrou ventilační a drenážní funkci středouší. Špatná funkce Eustachovy trubice vede ke zhoršení sluchu, k zaléhání uší, k chronickým středoušním katarům. Je způsobena užším průsvitem Eustachovy trubice mezi nosohltanem a středouším v důsledku hypertrofické rýmy, zánětů nosohltanu, velké nosní mandle. Rovněž chronický zánět vedlejších nosních dutin a nosní polypy vedou ke špatné ventilační funkci E. tuby.

II. Informace o léčebném výkonu:

Operace se provádí v lokální nebo celkové anestezii. Lehčí zákroky v analgosedaci. Po uvedení pacienta do spánku se zavede do dýchacích cest intubační rourka (v případě celkové anestezie). Poté je za pomoci endoskopických nástrojů zavedena katetrizační rourka nebo balonková sonda do ústí Eustachovy tuby z nosohltanu. Poté se vpraví rourkou léčivé roztoky nebo kortikoidy do sluchové tuby. Při balonkové dilataci se balonkem rozšíří elastický konec sluchové trubice. Po zákroku se pacient odveze na pooperační pokoj, kde se pod dohledem sestry monitorují jeho životní funkce. Pacient zde zůstává 1-2 hodiny po operaci.

III. Rizika výkonu (obecná, individuální):

Existuje riziko pooperačního časného nebo pozdního (5.-8. den) krvácení, zejména pokud by klient užíval léky s kyselinou salicylovou či heparinové léky. Operační rána se může hojit mírným zánětem. Někdy se efekt zákroku (odlehnutí uší / zlepšení ventilační funkce) dostaví později po operaci cca 7-10 den. 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 výkonem v celkové anestezii.

IV. Alternativy výkonu:

Kortikoidní, antialergická, imunologická terapie. Výhodou je možnost neinvazivní léčby. K operaci se přistupuje po vyčerpání možnosti konzervativní terapie na doporučení specialisty ORL. Při odmítnutí terapie hrozí infekční komplikace, eventuálně rozvoj astmatických obtíží.

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 _____