

Informovaný souhlas pacienta / zákonných zástupců se zákrokem:

TUBOPLASTIKA

(Rozšíření sluchové trubice – Balonová tuboplastika)

Vedoucí lékař: primář MUDr. Tomáš Fořt

Vedoucí lékař anesteziologie: MUDr. Roman Baláž

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

I. Informace o povaze onemocnění:

V případě špatné funkce sluchové trubice, projevující se zaléháním uší, bolestmi uší při přistávání letadla nebo horším sluchem a zároveň při zjištění zúženého ústí sluchové trubice ORL vyšetřením, je možné indikovat balonovou tuboplastiku pod endoskopickou kontrolou.

II. Informace o léčebném výkonu:

Operační výkon se provádí v celkové anestezii a je nekrvavý. Do sluchové trubice se endoskopicky zavede balonek na katetru, který se nafoukne na tlak několika atmosfér. Výkon trvá přibližně 20 minut. Pacient dospí na pooperačním pokoji 2 hodiny. Odchází domů bez jakékoliv tamponády a je schopen pracovní aktivity již druhý pooperační den.

III. Rizika výkonu (obecná, individuální):

Výkon je nekrvavý, proto nelze očekávat krvácivé komplikace, pouze bolestivost v oblasti uší a nosohltanu prvních 7 dní po operaci. 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:

Alternativní postup je zavedení ventilační trubičky do bubínku, nevýhodou je otevřené středouší. Další možností je laserové nebo plazmové rozšíření sluchové trubice, rizika jsou srůsty. Z těchto důvodů se balonová tuboplastika jeví jako nejméně zatěžující zákrok s nejmenšími počty možných komplikací.

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 _____