

Mastoidektomie

Poj.:

Strana 1 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

Vážená pacientko, vážený paciente, vážení rodiče,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu (zdravotnímu stavu Vašeho dítěte) je Vám doporučeno provedení výše uvedeného zákroku (výkonu). Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku. Seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout dát k provedení zákroku svůj souhlas.

Zákonný zástupce pacienta: - - -

Lékař, který provedl poučení: FlexFormClientExt

Vážená paní, vážený pane,

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby (Vašeho dítěte), máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován. Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu (Vašeho dítěte) Vám (Vašemu dítěti) byl lékařem indikován operační zákrok - mastoidektomie.

Co je mastoidektomie:

Chirurgický zákrok spočívající v odstranění zánětem poškozené kosti bradavčitého výčnělku kosti spánkové.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Zánět bradavčitého výběžku kosti skalní (mastoiditis) vzniká jako komplikace středoušního zánětu. Šířením zánětu dochází k poškození kosti projevující se jejím ztenčením až rozpadem. Není-li zánět včas a dostatečně léčen může se šířit do nitrolebí s vyvoláním zánětu mozkových blan, poškozením mozku s možnými trvalými následky, přestupem zánětu do nitrolebních žil s jejich následným ucpáním krevní sraženinou či roznesením infekce do celého těla krevní cestou s výrazným ohrožením zdraví až života. Cílem operace je odstranění infekčního ložiska a zabránění rozvinutí výše zmíněných komplikací.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Před výkonem je nezbytné minimálně 6 hodin nejíst, nepít a nekouřit! Doba lačnění před výkonem se prodlouží na nezbytně nutnou dobu. Informujte svého ošetřujícího lékaře o všech lécích a přípravcích, které užíváte pravidelně i občas.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Mastoidektomie se provádí v celkové anestézii. Operace se provádí z řezu za uchem. Pomocí dlátka nebo frézky je snesena zevní kost a následně je odstraněna veškerá zánětem poškozená kostní tkáň včetně sliznice bradavcového výčnělku. Je obnovena komunikace do středoušní dutiny. Do rány je vložen drén.

Operační tým si vyhrazuje právo v případě nutnosti (v závislosti na místním nálezu či celkovém stavu organismu) plánovaný výkon modifikovat (rozšířit jej, event. vůbec neprovést).

Jaké jsou možné komplikace:

I při správném postupu v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy (lege artis) mohou vzniknout v souvislosti s uvažovaným zákrokem např. tyto komplikace:

- krvácení,

Mastoidektomie

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

- poškození lícního nervu, jehož následkem by bylo v různém rozsahu postižení mimiky stejné strany obličeje projevující se nedovíráním víčka, pokleslým ústním koutkem, zhoršením chuti na jednostranně polovině jazyka, sníženým slzením na stejné straně,
- poškození sluchu, vzniku tinnitu (pískání, šumění, hučení v uchu), poruše rovnováhy,
- průnik do nitrolebí s likvorovou píštělí, rozvojem zánětu mozkových blan a tkání,
- prodloužené hojení, rozpad rány, vytvoření keloidní jizvy (vystouplá jizva).

Další rizika jsou spojená s přihlédnutím k individualitě pacienta a jeho celkovému zdravotnímu stavu: poruchy srdce a oběhu, plicní komplikace, poruchy hojení ran a infekční komplikace, alergické reakce
V případě jakýchkoliv potíží (bolesti, krvácení, dušnost atd.) okamžitě upozorněte ošetřujícího lékaře
!

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Délka hospitalizace bývá průměrně 7-10 dní. Rekonvalescence trvá asi 7-14 dní (Oba číselné údaje jsou udávanou průměrnou hodnotou a mohou se lišit v závislosti na individualitě pacienta a v závislosti na vzniklých komplikacích).

Alternativy:

Nejsou. Pokud je nález rozsáhlý a pokročilý, pak je jediným řešením chirurgická sanace (odstranění zánětem postižené kosti), neboť i při vysokých dávkách antibiotik by hrozilo další šíření infekce.

1 Rizika odmítnutí výkonu

Šíření zánětu kostí, do vnitřního ucha s rozvojem závratí a poškozením sluchu, šíření zánětu do nitrolebí s rozvojem zánětu mozkových blan, mozkové tkáně s vážným ohrožením života.

Prohlášení o informovaném souhlasu:

Prohlašuji, že jsem tento informovaný souhlas čet(a) a že mi bylo lékařem sděleno a vysvětleno:

- jaký je účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky, možná rizika a komplikace výkonu,
- zda plánovaný výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost si zvolit jednu z alternativ,
- k jakým omezením v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti a změnám v pracovní způsobilosti může příslušný zdravotní výkon vést,
- jaký léčebný režim, následná zdravotní a preventivní opatření jsou vhodná po plánovaném výkonu.

Dále prohlašuji, že jsem (ne)l(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co považuji v souvislosti s navrhovaným výkonem za podstatné, a že moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny.

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a) a považuji své poučení za dostatečné.

Prohlašuji, že na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením navrhovaného zdravotního výkonu.

Souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života byly tyto výkony provedeny.

Byl(a) jsem také poučen(a) o tom, že mohu svůj souhlas s lékařským výkonem kdykoliv před zákrokem odvolat.

Mastoidektomie

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

Jako zákonný zástupce

~~nezletilého pacienta,~~

~~pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, nebo~~

~~pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům~~

svým podpisem stvrzuji, že jsem obdržel příslušné informace a že tyto výše uvedené informace byly v přiměřeném rozsahu a formě též poskytnuty pacientovi.

Ve Frýdku-Místku dne: **27.6.2016 07:02**

podpis pacienta / zákonného zástupce

podpis lékaře

Podpis svědka poučení a souhlasu pacienta/zákonného zástupce, pokud pacient/zákonný zástupce není schopen se vlastnoručně podepsat:

Důvod, pro nějž pacient/zákonný zástupce není schopen se podepsat:

Způsob, jak pacient/zákonný zástupce projevil svou vůli:

Jméno, příjmení, podpis svědka: ---

podpis svědka (svědků)