

## Operace zúženého zvukovodu (canalplastica)

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 a 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, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován. Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byl lékařem indikován operační zákrok: canalplastica.

**Co je canalplastica:**

Rekonstrukce zvukovodu s jeho rozšířením, event. vytvoření nového širokého zvukovodu.

**Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:**

Zvukovod je zúžen nejčastěji po opakovaných proběhlých zánětech nebo nadměrným nárůstem kosti po jeho obvodu (exostosy), které mohou vést až k jeho úplnému uzavření. Dochází ke zhoršení sluchu a úzký kanál je předurčen při hromadění mazu a odloupaných mrtvých buněk k dalším zánětům zvukovodu. Cílem operace je vytvoření nového širokého zvukovodu a tím i dobrého přístupu zvukových vln k bubínku.

**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:**

Operace je prováděna v celkové anestézii (narkóze) s použitím operačního mikroskopu. Z řezu (před nebo za uchem) je odstraněna zhrubělá kůže zvukovodu a odfrézovány kostěné výrůstky, čímž je zvukovod rozšířen do normálního průměru. V některých případech je vzniklý kožní defekt kryt kožním transplantátem (volným štěpem kůže nejčastěji z krajiny za boltcem) Na závěr operace je zvukovod vyložen gázovými proužky.

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 nejčastější 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, otok,

porucha hojení kožního transplantátu (neuchycení štěpu, vytvoření defektu ve štěpu),

## Operace zúženého zvukovodu (canalplastica)

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

perforace bubínku,  
poranění čelistního kloubu,  
pískání v uchu, zhoršení sluchu.

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.

### Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Po operaci bude denně měněn zevní sací proužek. Vnitřní proužek bude vytažen (detromponáda) přibližně po 10-14 dnech, poté bude proveden kontrolní audiogram. Někdy se můžou ke zklidnění zevního zvukovodu aplikovat ušní kapky. Délka hospitalizace záleží na rozsahu operace a hojení, průměrně bývá 7-10 dnů. Po propuštění je někdy nutné docházet co 1-2 dny na čištění zevního zvukovodu až do úplného zahojení. (Číselné údaje jsou udávanou průměrnou hodnotou a mohou se lišit v závislosti na individualitě pacienta a v závislosti na vzniklých komplikacích).

### Alternativy výkonu

Konzervativní léčba ušními kapkami.

### Rizika alternativního postupu:

Možnost úplného uzávěru zvukovodu. Opakování zánětů. Šíření zánětu do okolí. Zhoršování sluchu.

### Prohlášení o informovaném souhlasu:

Prohlašuji, že jsem tento informovaný souhlas četl(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 měl(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.

Jako zákonný zástupce

**Operace zúženého zvukovodu (canalplastica)**

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

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)