

Plastika blanky bubínku a event. středoušních kůstek (tympanoplastica et ossiculoplastica)

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 Vám (Vašemu dítěti) byl lékařem indikován operační zákrok - tympanoplastica event. ossiculoplastica.

Co je tympanoplastica event. ossiculoplastica:

Rekonstrukce defektu bubínku štěpem (chrupavka, fascie) případně rekonstrukce poškozeného řetězu ušních kůstek protézou z umělé hmoty nebo kovu.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Spočívá v chirurgické nápravě patologických změn na převodním ústrojí způsobených středoušním zánětem nebo ve spojitosti s ním dříve provedenou sanační operací, případně po traumatickém defektu bubínku. Účelem operace je zlepšení převodní složky slyšení a zabránění pronikání infekce ze zevního prostředí do středouší.

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 se provádí v celkové anestezii. Operatér nejdříve po desinfekci operačního pole odebere štěp z ušní chrupavky nebo fascie (povázky svalové spánkového svalu). Poté se jednou z přístupových cest (přes zevní zvukovod nebo řezem za uchem) dostane do středoušní dutiny, kterou zkontroluje. Podle nálezu provede případnou sanační operaci - vyčištění středoušní dutiny a přilehlého sklípkového systému. Poté překryje defekt bubínku štěpem, případně podle nálezu provede rekonstrukci poškozeného řetězu kůstek. Nakonec zevní zvukovod vyplní mastným gázovým proužkem, který bude odstraněn za 10-14 dní. 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,
- infekce zevního zvukovodu a středouší,
- poruchy chuti,

Plastika blanky bubínku a event. středoušních kůstek (tympanoplastica et ossiculoplastica)

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

- porucha hojení transplantátu, obrna lícního nervu,
- neuchycení štěpu,
- vytvoření defektu ve štěpu,
- pískání v uchu, zhoršení sluchu závratě.

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:

V pooperačním období je důležité nesmrkat (smrkání může vysokým tlakem ve středouší uvolnit štěp) a chránit se nachlazení (poškozená funkce Eustachovy tuby je potřebná k uchycení štěpu). Po operaci bude denně měněn zevní sací proužek. Vnitřní proužek bude vytažen (detamponáda) přibližně po 10 -14 dnech, poté bude proveden kontrolní audiogram. Délka ponechání tamponády může být delší při současném odstranění výrůstků v zevním zvukovodu (kanalplastika). 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 udávány průměrnou hodnotou a mohou se lišit v závislosti na individualitě pacienta a v závislosti na vzniklých komplikacích).

Alternativy výkonu

Konzervativní léčba ušními kapkami.

Rizika neprovedení výkonu

Možnost zánětlivých komplikací středouší s výtokem. Postupné 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, předpokladový 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.

Plastika blanky bubínku a event. středoušních kůstek (tympanoplastica et ossiculoplastica)

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)