

Tympanomastoidektomie / Attikoantrotomie

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 - tympanomastoidektomie / attikoantrotomie.

Co je tympanomastoidektomie/attikoantrotomie:

Chirurgický zákrok spočívající v otevření a vyčištění dvou hlavních dutin středouší - dutiny bubínkové a vstupu do bradavčitého výběžku kosti skalní. Odstranění poškozené kostní tkáně v oblasti kosti skalní včetně bradavčitého výběžku v rozsahu poškození chronickým středoušním zánětem.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Nejčastějším důvodem k operačnímu výkonu je chronický zánět s cholesteatomem. Onemocnění vzniká jako následek opakovaných a dlouhodobých zánětů středouší, na jejichž podkladě dochází k oslabení bubínku, vzniku otvoru v bubínku. V důsledku snížení vzdušnosti středouší dochází k vtažení bubínku do středouší se vznikem vtažených kapes. Ze zevního zvukovodu pak dochází k abnormálnímu vrůstání buněk kůže zevního zvukovodu do středoušní dutiny - tento patologický útvar nazýváme cholesteatom. Cholesteatom rovněž může vznikat jako vrozený. Růst cholesteatomu narušuje okolní kost a pokud není léčen, může dojít k závažnému porušení okolních anatomických struktur a vzniku závažných zánětlivých intratympanálních 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:

Operace se provádí v celkové anestézii. Přístupovou cestou do středouší je řez za ušním boltcem nebo endaurálně - přes ušní zvukovod. Podstatou operace je vyčištění středoušní dutiny a popřípadě postižených částí skalní kosti od cholesteatomových hmot, granulací a hnisu. V případě přítomnosti rozpadlých středoušních kůstek i jejich odstranění. V některých případech operační nález vyžaduje odstranění části stěny zevního zvukovodu. Součástí operace je v některých případech rekonstrukce středoušních kůstek s možností použití kovových nebo plastových náhrad (ossikuloplastika) a rekonstrukce bubínkové blanky (tympanoplastika). Na závěr operace je provedeno vyložení zvukovodu mastnými proužky (- tamponáda).

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).

Tympanomastoidektomie / Attikoantrotomie

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

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:

- krváčení,
- 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 stejné straně poloviny jazyka, sníženým slzením na stejné straně. Toto postižení může být přechodné nebo trvalé a záleží na rozsahu a vztahu zánětu k lícnímu nervu,
- 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 (vystouplé, naválité jizvy).

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, krváčení, 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 plastiku zevního zvukovodu, vzniklé trepanační dutiny a event. plastiku bubínku), nekouřit. Po operaci bude denně měněn zevní sací proužek, vnitřní proužek bude vytažen přibližně po 7-10 dnech, poté bude provedeno kontrolní vyšetření sluchu - audiogram. Někdy se můžou aplikovat ušní kapky na zklidnění zevního zvukovodu. Délka hospitalizace záleží na hojení, průměrně bývá 7-10 dní. 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:

Nejsou.

Rizika odmítnutí výkonu

Není-li zánět včas a dostatečně léčen může se šířit do okolí s narušováním okolní kosti, růstem poškozuje struktury vnitřního ucha, což má za následek poškození sluchu až hluchotu, poruchu rovnováhy, poruchu funkce lícního nervu, přenos infekce do nitrolebí s výrazným ohrožením života.

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

Tympanomastoidektomie / Attikoantrotomie

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

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 neodkladně 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

~~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)