

Zavedení ventilační trubičky do ušního bubínku (tympanostomie)

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,

operační zákrok, který Vám (Vašemu dítěti) byl doporučen, vyžaduje Vás informovaný souhlas. Vzhledem k vývoji Vašeho onemocnění (onemocnění Vašeho dítěte) Vám navrhuje a doporučujeme operaci. Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu (Vašeho dítěte) byl lékařem indikován operační zákrok - tympanostomie.

Co je Tympanostomie

Zavedení drobné plastové, nebo kovové ventilační trubičky do ušního bubínku v celkovém znecitlivění.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Chronický zánět s tvorbou husté hlenovité tekutiny ve středouší má za následek převodní poruchu sluchu u Vašeho dítěte. Příčina je ve špatné funkci sluchové (Eustachovy) trubice, která spojuje nosohltan a střední ucho a vyrovnává tlak ve středoušní dutině. Cílem operace je zabezpečení správné ventilace středního ucha a tím zlepšení sluchu.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Před výkonem je nezbytné minimálně 6 hodin nejíst, nepít a nekouřit! Doba lačnění před výkonem se může prodloužit na nezbytně nutnou dobu.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Operační výkon spočívá ve vytvoření malého otvoru v bubínku, kterým je pod mikroskopem v celkovém znecitlivění po odsátí tekutiny ze středního ucha zavedena do blanky bubínku plastová nebo kovová ventilační trubička.

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:

- pooperační zánět středního ucha,
- trvalá perforace bubínku,
- poranění zvukovodu,
- krvácení
- zapadnutá ventilační trubičky do středouší.

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

Zavedení ventilační trubičky do ušního bubínku (tympánostomie)

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

Jaký je režim pacienta po výkonu:

Celková doba hospitalizace se předpokládá v rozmezí 2 dnů. Předpokládaná doba rekonvalescence po propuštění z nemocnice činí v průměru 7 dnů. Někdy přetrvává po určitou dobu výtok z ucha, pak je nutno pravidelné ambulantní ošetřování až do úplného zklidnění. Oba číselné údaje jsou udávány průměrnou hodnotou a mohou se lišit v závislosti na individualitě pacienta a v závislosti na vzniklých komplikacích).

Jaké jsou alternativy výkonu:

Podávání kortikosteroidů formou nosního spreje. Antihistaminika. Vzdušné sprchy středouší.

Rizika neprovedení výkonu:

Trvalé zhoršení sluchu, jizevnaté změny ve středouší. Rozvoj chronického středoušního zánětu.

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 otázky 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

~~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**

Zavedení ventilační trubičky do ušního bubínku (tympanostomie)

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

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)

POUZE VZOR, NEVYPLŇUJTE!