

Informovaný souhlas pacienta s operačním výkonem

Plastická úprava odstátých ušních boltců - otoplastika

Jméno, příjmení:	
Datum narození:	
Bydliště:	
Číslo zdravotní pojišťovny:	

Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče
vzhledem k tomu, že se jako osoba plně svéprávná 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/a.

Co je otoplastika:

Odstálé ušní boltce jsou estetickou vadou, která je způsobena nedostatečným ohnutím elastické chrupavky boltce. Odstranění tohoto problému je pouze chirurgické - otoplastika, kdy se provede zlepšení postavení boltce vůči hlavě a jeho správná modelace. Růst ušních boltců je ukončen v pátém roce života, proto nejvhodnější dobou k provedení plastické korekce je kolem 6. roku věku. Operační výkon je hrazen zdravotní pojišťovnou pouze u dětí do deseti let.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Psychická alterace (trápení), zlepšení estetického vzhledu.

Alternativy výkonu:

V současné době neexistuje žádná jiná alternativa.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

O režimu před výkonem budete informován/a po přijetí na oddělení.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Zárok se provádí v celkové anestézii. Vedeme člunkovitý kožní řez na zadní straně boltce, následně je část kůže odstraněna. Chrupavka se změkčí a upraví do požadovaného tvaru ve střední části boltce. Kožní řez je uzavřen stehy na zadní straně boltce. Správný tvar boltce fixujeme prošitím matracovými stehy. Po operaci je přiložen kompresivní obvaz, který zmenšuje krvácení a stabilizuje nové postavení.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Jako každý operační zárok i tato operace je spojena s rizikem komplikací.

Zde je uveden výčet nejběžnějších komplikací:

- Alergie na léky nebo dezinfekční roztok.
- Mírné operační krvácení řešíme výměnou kompresivního obvazu, silné krvácení je nutno řešit operační revizí, četnost je však minimální.
- Nelze vyloučit možnost infekce v ráně, kterou řešíme ATB terapií a následný rozpad operační rány.
- Může dojít k uvolnění či vyloučení modelačních stehů, k bolestem hlavy a vzniku kožního ekzému.
- U některých nemocných dochází k hojení operační rány širokou a vysokou jizvou (keloidem), což je vrozená reakce nemocného; pokud nemocný v minulosti měl uvedené hojení rány, měl by to hlásit přijímajícímu lékaři, abychom včas zahájili lokální aplikaci mastí, bránících vzniku keloidu.
- Pooperačně bývá snížena kožní citlivost na povrchu operovaného ucha, která se postupně spontánně normalizuje.
- Může, vzniknou pooperační otok, deformace ušního boltce.
- Po celkové anestézii se může objevit pocit na zvracení a zvracení.
- Při výkonech v celkové anestézii se zřídka mohou vyskytnout těžší komplikace ohrožující životně důležité orgány, jako jsou např. porucha srdeční a dechové činnosti či porucha činnosti ledvin, vycházející z celkové anestezie a intubace (zejména u celkově nemocných pacientů).
- V případě celkové anestezie možnost komplikací plicních (zánět plic či dýchacích cest, zhoršení astmatu), kardiovaskulárních (srdeční slabost, srdeční infarkt, mozková mrtvice), zánět hlubokých žil – trombóza, plicní embolie (vmetky krevních sraženin do plic).

Nelze ani jednoznačně vyloučit, že dojde k tak závažné změně zdravotního stavu či komplikaci, která povede k další operaci nebo až k úmrtí pacienta. Dále nelze vyloučit ani výskyt ojedinělých a závažných komplikací, které nejsou součástí tohoto výčtu.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

V intervalu 2 - 3 dní provádíme pravidelné převazy. První ještě za hospitalizace, další ambulantně po propuštění. Matracové stehy se odstraňují většinou 8. pooperační den,

steh za boltcem 10 – 12 pooperační den. Dva týdny po výkonu snímáme kompresivní obvaz. Po tuto dobu je nutné, má omezení sportovní a namáhavé fyzické výkony, koupání v horké vodě a je zakázáno mytí hlavy. Dítě je ponecháno mimo školní docházku. Po odstranění kompresivního obvazu doporučujeme ještě 14 dní vynechání tělocviku a zhruba 3 měsíce používat při spaní čelenku, aby nedošlo k přeležení a změně postavení boltce. Očkování dětí by mělo proběhnout až za 6 týdnů po výkonu. Omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti je u každého pacienta individuální, a to s přihlédnutím k povaze onemocnění, hojení a společenskému a pracovnímu zapojení po zákroku. Jednotlivá omezení s Vámi po provedení zákroku probere lékař.

Předpokládaný prospěch výkonu:

Odstranění psychické alterace a zlepšení vzhledu.

Byl/a jsem lékařem poučen/a o významu pořízení audiovizuálních záznamů v průběhu mého vyšetření, které, v případě mého souhlasu, mohou být použity pro vědecké a studijní účely a mohou být prezentovány na seminářích Karlovarské krajské nemocnice a.s., na kongresech, event. publikovány v odborných časopisech. Záznamy budou pořízeny jenom z těch částí mého těla, které přímo souvisí s vyšetřením. Byl/a jsem poučen/a, že při jejich jakékoliv prezentaci nebudou zveřejňovány osobní údaje o mé osobě (jméno, příjmení) a citlivé údaje ani další znaky, které by vedly k bližší identifikaci mé osoby:

ANO NE

Doplňující údaje lékaře (nutno doplnit nebo proškrtnout):

.....
.....

Já, níže podepsaný pacient (zákonný zástupce, opatrovník) prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně informován o účelu a povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích plánovaného lékařského výkonu uvedeného výše. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a veškeré mé dotazy byly srozumitelně zodpovězeny.

Jsem si vědom/a toho, že při provádění operačního výkonu může nastat neočekávaná situace, která si vyžadá rozšíření původně plánovaného výkonu nebo provedení dalšího nutného výkonu pro záchranu mého zdraví či života. Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s uvedeným operačním výkonem i s podáním anestezie.

Jsem srozuměn/a s tím, že operační výkon nemusí být proveden lékařem, který mne doposud ošetřoval.

Souhlasí zaznamenané místo a lokalizace výkonu (zákroku).

Datum:.....

Podpis pacienta (zákonného zástupce, opatrovníka):.....

Prohlašuji, že jsem vysvětlil podstatu operačního výkonu pacientovi způsobem, který byl podle mého soudu pro pacienta srozumitelný. Se způsobem plánované anestezie/sedace byl seznámen lékařem – anesteziologem.

Rovněž jsem pacienta seznámil s důsledky tohoto výkonu a s možnými častějšími komplikacemi, zejména s riziky uvedenými výše v tomto poučení.

Datum:.....

Jméno lékaře:..... **Podpis:**.....