

Informovaný souhlas pacienta s operačním výkonem

Středoušní operace

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

Vážená paní, Vážený pane,
vzhledem k tomu, že jako osoba způsobilá k právním úkonům 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 (a).

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byl lékařem indikován operační zákrok – středoušní operace.

Co je to středoušní operace:

Operační výkon, kterým se snažíme zbavit středouši a pneumatický systém skalní kosti projevu dlouhodobého zánětu a umožnit tak jeho zahojení.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

K operaci ucha může vést řada nejrůznějších příčin (akutní a chronické záněty a stavy po nich, zhoršení sluchu). Cílem je v první řadě likvidace akutního zánětlivého ložiska ve středouši a bradavkovém výběžku (sanační operace).

Neléčený středoušní zánět se může šířit a vytvořit závažné komplikace – např. trvalou poruchu sluchu až hluchotu, silné závratě, poruchu lícního nervu (projevující se obrnou obličejových svalů) a v nejtěžším případě až život ohrožující zánětlivé nitrolební komplikace – jako meningitida event. mozkový absces.

Alternativy výkonu:

Alternativou operačního výkonu je konzervativní léčba. Jejím rizikem jsou však nitrolební komplikace. Navíc medikamentózní terapie pouze zmírňuje vlastní projevy

onemocnění.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

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

Jaký je postup při provádění výkonu:

Výkon – je prováděn v celkové anestezii, za hospitalizace.

Kožní řez je veden v žlábků za uchem. Odpreparováním měkkých tkání je obnažena postižená kost. Ta je následně vybroušena frézou do zdravé tkáně. Zpravidla se otevírá, reviduje a čistí oblast kostních sklípků za uchem a po odklopení bubínku středoušní dutina. Po operaci je zvukovod vytamponován a kůže je sešita chirurgickým stehem, může být zaveden proplachovací drén.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Jako každý operační zákrok i tato operace je spojena s rizikem komplikací. Zde je uveden výčet nejběžnějších komplikací.

- Alergie na léky nebo dezinfekční roztok.
- V prvních dnech po operaci se mohou dostavit mírné závratě nebo ušní šelesty, které většinou spontánně ustoupí.
- Těsně po operaci je dočasné zhoršení sluchu v důsledku pooperačního otoku, pouze v ojedinělých případech může dojít k poškození vnitřního ucha, projevujícího se vážnější poruchou sluchu.
- Pooperační bolesti a krvácení jsou minimální.
- Nelze vyloučit zánětlivou komplikaci, kterou léčíme podáváním antibiotik.
- Vzácně může dojít k poškození chuťového nervu jazyka.
- V některých případech může dojít k nepříhojení štěpu a k opětovnému vytvoření perforace bubínku.
- Široká a vysoká jizva v místě operační rány - což je vrozená reakce nemocného. Pokud máte v minulosti zkušenost se zhoršením hojení ran, nahlašte to prosím při příjmu lékaři a následně okamžitě po operaci zahájíme lokální aplikaci léků napomáhajících hojení ran.
- 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 vzácných komplikací, které nejsou součástí tohoto výčtu.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Tamponáda ze zvukovodu je odstraňována postupně během několika dní po operaci. Po vyjmutí se začíná středouši hojit a vysychat, takže zlepšení sluchu přichází

opožděně – řádově za jeden měsíc. Stehy se odstraňují 10-14 dní po operaci. V prvním týdnu po výkonu doporučujeme nekouřit a opatrně smrkat. Propuštění předpokládáme zhruba týden po výkonu. Pracovní neschopnost trvá ještě zhruba dalších 14 dní. Po propuštění je omezena fyzická aktivita, koupání v horké vodě a je zákaz mytí vlasů (ochrana před vnikem vody do operovaného ucha). 6 týdnů nelze cestovat letadlem. Očkování dětí by mělo proběhnout až za 6 týdnů po výkonu. V případě zvýšení teploty nad 38 st. C, silné bolesti, výtoku z ucha, závratí či jiných neurologických poruch měl být kontaktován lékař.

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:

Výsledkem by mělo být suché ucho bez výtoku a zabránění vzniku dalších možných komplikací.

Byl (a) jsem svým ošetřujícím lékařem poučen (a) o významu pořízení audiovizuálních záznamů průběhu mé léčby, které, v případě mého souhlasu, mohou být použity pro vědecké a studijní účely a mohou být prezentovány na seminářích Karlovarská krajská nemocnice a. s., na kongresech, event. publikovány v odborných časopisech. Záznamy budou pořízeny jenom z těch částí mého těla, které přímo souvisí s léčbou. 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 vyžádá 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.

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:**.....