

OPERACE PODLE ARMSTRONGA – DRENÁŽ STŘEDOUŠÍ (operační vložení drenážní trubičky do otvoru v bubínku)

Pacient/ka: Narozen/a:

titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojištění): / Kód ZP:

Bydliště:

Zákonný zástupce: Vztah:

titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)

Narozen/a: Bydliště:
(liší-li se od bydliště pacienta/ky)

Vážení paní, vážený pane, vážení rodiče,

předchozí vyšetření ukázala, že je u Vás (Vašeho dítěte) nutná operace. Chceme Vám před tímto výkonem předložit co nejvíce informací, abyste se v této pro Vás nepříjemné situaci cítili co nejbezpečněji. Pokusíme se Vám vysvětlit základní údaje o nemoci a o operačním zákroku, včetně možných rizik.

Samozřejmě je možno se s dotazem obrátit na lékaře, který Vám vše vysvětlí.

Jak vzniká sekreторická otitida?

Bubínek je tenká napjatá blanka, která odděluje zvukovod od středního ucha. Přijímá zvukové vlny a převádí je dále na sluchové kůstky, které jsou ve středním uchu. Středoušní dutina (za bubínkem) komunikuje (je propojena) s nosohltanem tzv. Eustachovou trubicí, která zajišťuje ventilaci (provzdušnění) středouší. Při špatné ventilační funkci Eustachovy trubice dochází ve středouší k tvorbě sterilního sekretu (výpotku), který může během několika měsíců až let způsobit chronické změny, vznik zánětu středního ucha s poruchou sluchu a nutností rozsáhlejších operačních zákroků.

Jaké jsou léčebné možnosti?

Při neúspěchu konzervativního postupu je nutná operace.

Jak probíhá operace?

Operace se provádí u dětí v analgosedaci (tj. v lehčím usnutí), u dospělých i v lokální anestezii (v místním znecitlivění). Výkon trvá asi 10 minut.

Před výkonem/v den operace nesmíte od půlnoci jíst, pít ani kouřit.

Postup při výkonu

Do bubínku vytváříme drobný otvor a do něj vkládáme drenážní (uvolňovací) trubičku, která dočasně nahrazuje funkci Eustachovy trubice – provzdušňuje středouší. Někdy tento výkon spojujeme s endoskopickou adenotomií (viz výše), abychom odstraněním nosní mandle uvolnili ústí Eustachovy trubice do nosohltanu. Trubička se ponechává ½ roku až 1 rok.

Vedlejší projevy a možná rizika této operace

- ospalost a neklid těsně po operaci
- bolesti v ráně
- mírné krvácení z rány
- v důsledku ucpání zvukovodu dočasně zhoršení sluchu na operovaném uchu
- zapadnutí trubičky do středouší

vzácně

- dočasné šumění v uchu

velmi vzácně

- zhoršení sluchu
- poruchy rovnováhy

Jaká je doba léčení?

Doba pobytu v nemocnici je asi 2-3 dny. Pracovní neschopnost trvá pouze po dobu hospitalizace.

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukovány, publikovány a šířeny žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.

Na co je třeba dbát po operaci?

- vaše reakce a různé schopnosti jsou po výkonu v celkové anestezii omezeny (především prvních 24 hodin), proto se řiďte pokyny zdravotního personálu.
- někdy je nutno nasadit po výkonu antibiotikum (protibakteriální prostředek), v případě bolesti se podávají léky proti bolesti
- nesmí se do ucha dostat voda
- kontroly u lékaře jsou určovány individuálně

Nebojte se zeptat lékaře na vše, co Vás v souvislosti s touto operací zneklidňuje.

Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují.

Nezamířel/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu).

Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta s omezenou svéprávností) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVÉPRÁVNOSTÍ K VYSLOVENÍ SOUHLASU:

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

- Pacient/ka je rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
- Pacient/ka není rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.



Pacient/ka:

Rodné číslo:

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

V Plzni dne: v hodin

.....
podpis pacienta/ky (podpis zákonného zástupce)

Vyplňte v případě, že pacient/ka je způsobilý/á k udělení souhlasu, ale nemůže se s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):

Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:

.....
Náhradní způsob projevu vůle (souhlasu):

kývnutím hlavy gestem: očima jinak:

Svěděk:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresa a datum narození)

.....
Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a souhlas podepsat:

Pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a tento souhlas podepsat.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

Svěděk:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresa a datum narození)