

OPERACE EXOSTÓZ (odstranění kostních výrůstků ve zvukovodu)

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)

Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

na základě předchozích vyšetření Vám / Vašemu dítěti doporučil ošetřující lékař provedení operace exostóz - odstranění kostních výrůstků ve zvukovodu, k jejímuž provedení je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vás chceme informovat o přípravě, způsobu provedení, významu i možných komplikacích tohoto výkonu.

Exostózy jsou kostěné výrůstky ve zvukovodu, které způsobují jeho zúžení. Často vznikají působením studené vody (plavání, potápění). Následkem exostóz mohou vznikat záněty, ucpávání ucha mazem nebo porucha sluchu.

Příprava k výkonu

Výkon provádíme v celkové anestézii (znečitlivění, narkóze), zcela výjimečně v místním znečitlivění. V den výkonu **nesmíte od půlnoci jíst, pít ani kouřit**.

Postup při výkonu

Při výkonu budete ležet na zádech s mírně otočenou hlavou. Z malého řezu ve zvukovodu odstraníme kostěný výrůstek pomocí frézy. Operace je ukončena tamponádou (ucpáním pomocí proužku mulu) zvukovodu, která je ponechána několik dní. Délku tamponády Vám sdělí ošetřující lékař.

Rizika a možné komplikace výkonu

Vzácně se vyskytují všeobecná rizika zákroku spojená s podáním anestézie jako např. trombóza (ucpání žíly krevní sraženinou), embolie (druhotné uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), poruchy krevního tlaku, poruchy srdeční činnosti, infekce v ráně, alergická reakce na podávané léky, dezinfekční prostředky, záněty žil v místě infuze.

Vedlejší projevy a rizika této operace jsou ospalost a neklid těsně po operaci, bolesti v ráně (krátkodobě), mírné krvácení z rány. Vzácně může dojít k poškození bubínku (otvor je uzavřen ještě během operace), poškození lícního nervu (v případě nezvyklého průběhu nervu).

Chování po výkonu, možná omezení

Vaše reakce a schopnosti budou po výkonu v celkové anestézii omezeny (především prvních 24 hodin), proto se řiďte pokyny zdravotnického personálu. V pooperačním období musíte chránit ucho před vodou. V časném pooperačním období Vám budeme ucho pravidelně převazovat.

Pobyt v nemocnici trvá asi 1 týden, pracovní neschopnost ještě asi 2 týdny po propuštění z nemocnice.

Po odstranění exostóz se sluch zlepší. Nelze však vyloučit, že znovu nedojde k vytvoření výrůstků. To především tehdy, budete-li dále zvukovod dráždit studenou vodou (např. při potápění).

Pokud jste něčemu nerozuměl/a nebo máte doplňující otázky, obraťte se na ošetřujícího lékaře nebo sestru.



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)

Seznámil/a jsem se s podmínkami provedení operace exostóz a souhlasím s jejich odstraněním z pravého / levého zvukovodu.

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 nevyklučují.

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 беру на 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 SVÉPŘÁVNOSTÍ 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.

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

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

ZOK

podpis

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



Pacient/ka:

Rodné číslo:

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:

.....
jménovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

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