

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s atikoantrotomií

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištěnce):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu

Atikoantrotomie

(široké otevření horní části bubínkové dutiny, vyprázdnění jediného konstantního sklípku
bradavkového výběžku a odstranění horní a části zadní stěny kostěného zvukovodu)

Účel výkonu

Odstranění zánětlivého či nádorového ložiska ve středním uchu.

Povaha výkonu

Jde o chirurgický výkon. Přístupovou cestu volí operátor dle povahy patologického procesu. Rozlišuje se přístup za boltcem nebo přes zvukovod. Veškerá operativa je mikrochirurgická, uskutečňuje se mikroinstrumentáři s pomocí operačního mikroskopu.

Předpokládaný prospěch výkonu

Vyléčení nebo podstatné zmírnění potíží pacienta. Cílem je zastavení výtoku z ucha, zamezení bolesti ucha, ušního šelestu, závratí, eventuálně odstranění zápachu z ucha.

Alternativa výkonu

Nejsou žádné možnosti konzervativní léčby.

Následky výkonu

Jizva za boltcem či ve vchodu zvukovodu.

Možná rizika zvoleného výkonu

Operační:

- obnažení a poranění lícního nervu se vznikem různého stupně jeho obrny
- obnažení a poranění tvrdé pleny mozkové se vznikem následného zánětu mozkových plen či mozku, vznik prolapsu těchto struktur do zvukovodu
- obnažení a poranění žilního splavu s krvácením
- poranění vnitřního ucha se vznikem závratí a zhoršením sluchu různého stupně

Pooperačně:

- hnisání rány
- několik dní trvající krvavý výtok z ucha (je vhodné na noc dát pacientovi do vchodu zvukovodu smotek vaty).

Souhlas:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.

ANO

NE

Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:		
- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

<u>Stranový verifikační protokol</u> (vyplňuje lékař)		
Ověření lokalizace výkonu:	Část těla	Strana
Ověření dle ambulantní karty	☐ ANO ☐ NE	☐ Pravá ☐ Levá
Ověření dle chorobopisu	☐ ANO ☐ NE	☐ Pravá ☐ Levá
Ověření dle zobrazovacích metod	☐ RTG ☐ UZ ☐ CT ☐ Jiné:	☐ Pravá ☐ Levá
Závěr - část těla:		
Lokalizace výkonu označena: ☐ ANO ☐ NE		
Důvod neoznačení: ☐ zdravotní stav pacienta neumožňuje prodlevu péče potřebnou k označení ☐ pacient s označením nesouhlasí		

Datum	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:			
Jak pacient projevil svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina