

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s plastikou bubínku**

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

Název výkonu**Myringoplastika (plastika bubínku)****Účel výkonu**

Výkon se provádí z důvodu zákrytu středouší od zevního prostředí (prevence zánětu), normalizace tlakových změn ve středouší, zlepšení komfortu pacienta (plavání) a v některých případech i za účelem zlepšení sluchu. V případě odmítnutí zákroku může docházet k opakovaným zánětům středouší a omezení komfortu pacienta, zhoršení sluchu.
Diagnostický a léčebný.

Povaha výkonu

Podstatou vlastního výkonu je náhrada poškozené blanky bubínku vlastním transplantátem z boltce či povázky temporálního svalu.

Předpokládaný prospěch výkonu

Zajištění komfortu pacienta – možnost toalety zvukovodu, zlepšení sluchu – převodní složky, odstranění nepříjemných doprovodných projevů – šum, závrať po vniknutí vody do ucha či průvanu do ucha. Zmírnění či odstranění opakujících se zánětů středouší, zlepšení komfortu života a zamezení event. sociálních dopadů – ztráta zaměstnání v hluku a výškách, řízení vozidel apod.

Alternativa výkonu

Není možný uzávěr bubínkové dutiny konzervativně. Nutná zvýšená opatrnost pacienta při toaletě zvukovodu, omezení práce v hluku, ve výškách event. náhrada sluchu sluchadlem, vždy ale s určitým omezením komfortu - např. plavání.

Následky výkonu

Jizva v oblasti vchodu do zvukovodu, ve spánkové krajině nebo za boltcem.

Možná rizika zvoleného výkonu

Níže uvedené komplikace plynou z anatomického uspořádání této krajiny a zahrnují:

- do 21 dnů možnost odloučení štěpu,
- recidivy zánětu či pooperační krvácení z řezu ve vchodu do zvukovodu nebo za boltcem,
- porucha vnímání chuti jazykem na straně operace,
- porucha rovnováhy s nevolností,
- zhoršení sluchu při poranění struktur vnitřního ucha, tinnitus (pískání, hučení v uchu),
- poranění lícního nervu s poruchou funkce mimických svalů na straně operace (nedovřením očních víček, pokles ústního koutku).


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

Stranový verifikační protokol (vyplňuje lékař)

Ověření lokalizace výkonu:	Část těla	Strana
Ověření dle ambulantní karty	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Pravá <input type="checkbox"/> Levá
Ověření dle chorobopisu	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Pravá <input type="checkbox"/> Levá
Ověření dle zobrazovacích metod	<input type="checkbox"/> RTG <input type="checkbox"/> UZ <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Jiné:	<input type="checkbox"/> Pravá <input type="checkbox"/> Levá
Závěr – část těla:		
Lokalizace výkonu označena:	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
Důvod neoznačení:		
<input type="checkbox"/> zdravotní stav pacienta neumožňuje prodlevu péče potřebnou k označení		
<input type="checkbox"/> 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