

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s tympanoplastikou

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

Tympanoplastika
(rekonstrukce převodního systému bubínkové dutiny)

Účel výkonu

Diagnostický a léčebný.

Výkon se provádí z důvodu odstranění zánětlivých změn a za účelem zlepšení sluchu. V případě odmítnutí zákroku může dojít k prohloubení zánětlivých změn ve středouší a nutnosti korekce sluchu sluchadlem a zároveň omezení komfortu pacienta (plavání).

Povaha výkonu

Podstatou vlastního výkonu je náhrada chybějících nebo poškozených středoušních kůstek či výkony na oválném nebo kulatém okénku. Výkony jsou prováděny samostatně či v jedné době se sanační operací.

Předpokládaný prospěch výkonu

Zlepšení sluchu - převodní složky, odstranění nepříjemných doprovodných projevů-šum, závrať. Zamezení event. sociálních dopadů - ztráta zaměstnání v hluku a výškách, řízení vozidel apod.

Alternativa výkonu

Náhrada ztráty sluchu sluchadlem, vždy ale s určitým omezením. Foniatrická event. otoneurologická péče.

Následky výkonu

Jizva ve vchodu do zvukovodu nebo za boltcem. Obrna mimických svalů obličeje při poranění nebo zánětu lícního nervu.

Možná rizika zvoleného výkonu

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

- Poranění lícního nervu při možném chybění kostního krytu v jeho středoušním průběhu
- Poranění žilního splavu při jeho vysokém stavu ve středouší
- Vznik pooperační závraťi
- Dočasné snížení chuti špičky jazyka při poranění nervu - chordy ve středouší
- Porucha až ztráta sluchu


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, měl 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