



Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) se stapedoplastikou

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

Stapedoplastika

(rekonstrukce převodního systému středního ucha na podkladě omezeně hybného třmínku)

Účel výkonu

Diagnostický a léčebný. Výkon se provádí za účelem zlepšení sluchu. V případě odmítnutí zákroku může dojít k dalšímu zhoršení sluchu a nutnosti jeho korekci sluchadlem.

Povaha výkonu

Výkon je prováděn přístupem přes zvukovod (bez viditelného řezu). Jeho podstatou je náhrada omezeně hybné nebo zcela nehybné kůstky (třmínku) speciální středoušní protézou (piston). Po operaci zůstává operované ucho s tamponádou po dobu 10-14 dní.

Předpokládaný prospěch výkonu

Zlepšení převodní složky sluchu, u vybrané skupiny pacientů odstranění nepříjemných doprovodných projevů, např. šum, závrať. Zamezení event. sociálních dopadů plynoucích z nedoslýchavosti, zejména horších komunikačních schopností, řízení vozidel apod.

Alternativa výkonu

Úprava sluchové ztráty sluchadlem, která je ale spojena s určitým omezením komfortu pacienta a pravidelnou foniatrickou péčí.

Následky výkonu

Žádné.

Možná rizika zvoleného výkonu

Plastika třmínku je doprovázena komplikacemi velmi zřídka.

Velmi zřídka se může vyskytnout krvácení nebo infekce ve zvukovodu. Níže uvedené komplikace plynou z anatomického uspořádání středouší a zahrnují:

- často pooperační závrať, obvykle několikadenní, výjimečně dlouhodobě,
- snížení chuťových vjemů na špičce jazyka při poranění chuťového nervu,
- poranění lícního nervu při možném chybném kostního krytu v jeho středoušním průběhu,
- nezlepšení nebo zhoršení sluchu a ve výjimečných případech až úplná ztráta sluchu (0,2 %),
- šumění nebo pískání v operovaném uchu,
- prasklý bubínek, který může vyžadovat další operaci.

Souhlas:

pozn. Vaší odpověď zakroužkujte:


Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici 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
Byl(a) jsem informován(a) o zdravotnickém prostředku, který mi bude implantován, včetně jeho příslušenství, spolu s pokyny týkajícími se mé bezpečnosti a mého chování, včetně toho, kdy mám vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí bych se neměl(a) vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.	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 nezamířel(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