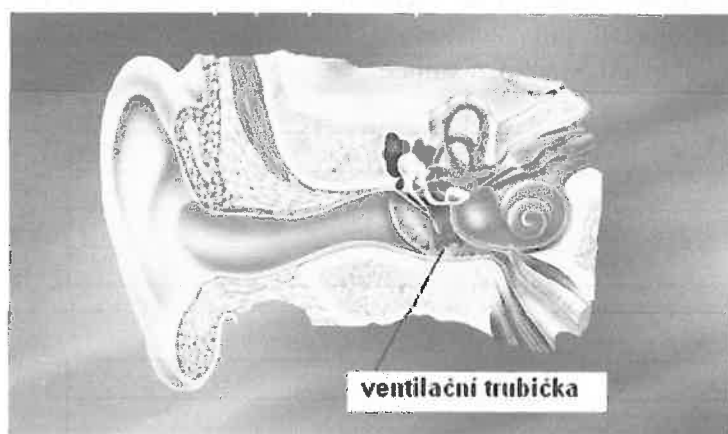




INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

Zavedení ventilační trubičky (TYMPANOSTOMIE)

POVAHA A CÍL VÝKONU



Na základě obtíží a dosavadních vyšetření byl doporučen operační zákrok zavedení (odstranění) ventilační trubičky do (z) jednoho ucha nebo obou uší. Střední ucho je vzduchem vyplněný prostor, ve kterém dochází k vyrovnávání tlaku s atmosférickým skrze Eustachovu trubicí. Porucha funkce Eustachovy trubice vede zpravidla ke zhoršení sluchu. Tlak vyrovnávající trubička (TVT) či ventilační trubička je vyrobena z dobře snášeného materiálu titanu, má tvar cívky, kdy tělo trubičky leží v bubínku, jeden širší okraj ve středouší a druhý v zevním zvukovodu. Tím

dochází k vyrovnání tlaku ve středoušní dutině náhradním mechanismem-skrze bubínek. A tím ke zlepšení sluchu. Ventilační trubička se zde ponechává několik měsíců. Organismus ji z bubínku buďto sám vyloučí nebo ji odstraňujeme v celkové anestezii přibližně za rok po jejím zavedení.

VLASTNÍ VÝKON

Samotný výkon je prováděn pod mikroskopem, v bubínku je vytvořen drobný otvor a po odsátí tekutiny ze středouší je do otvoru vložena ventilační trubička. Výkon většinou vede k okamžitému zlepšení sluchu.

MOŽNÉ KOMPLIKACE

Nejčastější komplikací během a po výkonu je krvácení, které nebývá velké. Dále perforace (proděravění) bubínku, zapadnutí trubičky do bubínkové dutiny, výtok z ucha, poranění zvukovodu.

PÉČE PO OPERACI A HOSPITALIZACE

Druhý den po zákroku bude Vaše dítě propuštěno do domácího ošetřování. Na první kontrolu po hospitalizaci se dostavíte do týdne po propuštění nebo podle instrukce lékaře při propuštění. V této době doporučujeme ponechat dítě v domácím léčení jen s postupnou zátěží a chránit jej před prochlazením. Někdy může dojít po výkonu k výtoku z ucha(uší). V tomto případě Vám Lékař doporučí aplikaci ušních kapek. Po dobu zavedení ventilačních trubiček nesmí do ucha zatéci voda. Proto není doporučeno potápění a koupání s ponořením hlavy. Na další kontroly bude Vaše dítě zváno v intervalu 1-3 měsíce.



ALTERNATIVY VÝKONU

Alternativou výkonu je provzdušňování s pomůckami doma Otovent, nebo při ambulantních kontrolách. Rizika alternativního postupu trvalá nedoslýchavost, jizevnaté změny středouší.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

Podepsáním tohoto dokumentu potvrzuji, že poučení bylo dostatečné a porozuměl(a) jsem jeho obsahu. Prohlašuji, že během poučení jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno. Plně rozumím textu, který podepisuji a činím tak ze své svobodné vůle, při plném vědomí a souhlasím s navrhovanou zdravotní péčí, výkonem a eventuální modifikací a případným nutným rozšířením zákroku. V případě odmítnutí jsem byl(a) seznámen(a) se všemi riziky svého rozhodnutí a jsem si plně vědom(a) jejich důsledků. Toto prohlášení potvrzuji svým vlastnoručním podpisem. V případě zákonného zástupce vlastnoručním podpisem zákonného zástupce.

Jméno a příjmení pacienta	
Rodné číslo pacienta	
Podpis pacienta (zákonného zástupce)	
V Náchodě dne	

Podpis a jmenovka lékaře:	Razítko oddělení

PROHLÁŠENÍ SVĚDKA

Varianta pro případ, kdy se pacient nemůže podepsat.

Prohlašuji, že pacient přede mnou projevil, že sdělené poučení souhlasí s výše uvedenými skutečnostmi a v uvedeném rozsahu.

Svědka: (Jméno, příjmení. Není-li svědek pracovníkem zdravotnického zařízení, adresa a datum narození.)	
Pacient se nemůže podepsat z důvodu, že:	
Pacient projevil svůj souhlas tak, že:	
Podpis svědka:	