



INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

Plastika boltců

POVAHA A CÍL VÝKONU

Důvodem k operaci je nepříznivé postavení ušních boltců, které bývá spojené s nedostatečně vytvořeným reliéfem. Cílem operace je změna postavení a reliéfu ušních boltců ke kosmeticky příznivějšímu vzhledu.

VLASTNÍ VÝKON

Kožní řez a následně jizva je umístěna na zadní ploše boltce, nebývá patrná ani z bočního pohledu. Je obnažena chrupavka ušního botce, změkčena a formována modelačními stehy, boltce je přitaženo stehem k hlavě a je zašita kůže. Modelace ušních boltců se dotváří tamponky napuštěnými v antibiotické masti. Celé boltce se přikryjí gázovými čtverci a fixují k hlavě pružným obvazem.

MOŽNÉ KOMPLIKACE

Komplikací při a po výkonu může být krvácení, s následným vznikem pooperačního hematomu. Dále může dojít k infekci až nekróze chrupavky. Pozdní komplikací může být kosmeticky nepříznivý výsledek, reakce na použitý chirurgický šicí materiál, keloidní či hypertrofická jizva, otlaky na kůži z použití příliš těsné čelenky. Přechodně se může vyskytnout i snížená citlivost boltců, proto je potřeba zejména v zimním období chránit uši před chladem. Tyto komplikace se vyskytují velmi zřídka.

PÉČE PO OPERACI A HOSPITALIZACE

Hojení operační rány trvá 7-10 dnů, po tuto dobu jsou rány chráněny obvazem, poté jsou odstraněny stehy. Poté je nutné používat pružnou čelenku ještě několik týdnů. Zpočátku 24 hodin denně, později pouze přes noc. Ke sportovní a fyzické zátěži se může operovaný vrátit až po 2-3 měsících.

ALTERNATIVY VÝKONU

Alternativou výkonu je vzhledem ke kosmetické povaze výkonu neoperovat. Rizika alternativního postupu nejsou, ale přetrvává nepříznivý vzhled boltců.

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.

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