

## Otoplastika

### Pacient (štítek)

---

Jméno a příjmení:

---

Rodné číslo:

Bydliště:

---

### Zákonný zástupce

---

Jméno a příjmení:

Datum narození:

---

### Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

v předkládaném formuláři si přečtete informace o otoplastice.

Pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohl(a) rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení.

### Co je otoplastika:

Otoplastika je zákrok, kterým provádíme plastickou úpravu odstátých ušních boltců.

### Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Důvodem operace jsou tzv. odstáté ušní boltce, které mohou být příčinou psychických potíží dítěte. Operace není z funkčního hlediska nutná, jedná se o výkon upravující estetický vzhled boltců.

### Jaký je režim pacienta před výkonem:

Týden před výkonem je nutné zajistit cestou praktického dětského lékaře předoperační vyšetření dítěte včetně základní laboratoře. Den před výkonem je dítě přijato ORL lékařem, vyšetřeno a odchází domů. K operaci přichází v den výkonu na lačno v 6,30 hod.

### Jaký je postup při provádění výkonu:

Otoplastika se provádí v celkové anestezii, za přítomnosti anesteziologa. Proveďte se řez za uchem a vytne se nadbytečná část chrupavky ušního boltce, po sešití se tak zmenší úhel mezi zadní stěnou boltce a hlavou.

### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Níže uvedené komplikace nejsou příliš časté, nicméně naprostou bezrizikovitost jakéhokoliv léčebného zákroku není možno nikdy zaručit: krvácení při výkonu, infekční komplikace, prodloužené hojení, rozpad rány, vytvoření keloidní jizvy, anesteziologická rizika.

### Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Rány jsou pravidelně převazovány a desinfikovány, stehy jsou vytaženy cca do 6 dnů po operaci, poté je třeba nosit čelenku k dosažení dobrého estetického výsledku ještě několik následujících týdnů.

## Jaké jsou možné alternativy výkonu:

Výkon lze provádět i v lokální anestezii. Zde je však nutná spolupráce pacienta v průběhu operace.

**Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky, možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Byly mi vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá, a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). Lékařem jsem byl(a) poučen(a) o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.**

**S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.**

**Datum:**

\_\_\_\_\_  
Podpis pacienta nebo zákonného zástupce

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis ošetřujícího lékaře, který vysvětlující pohovor provedl

**Pacient(ka) není schopen(a) podpisu. Svůj souhlas vyjádřil(a):**

popište způsob:

\_\_\_\_\_  
Jméno, příjmení a podpis svědka

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře