VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: **r. č.:**
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): **PŘITAŽENÍ ODSTÁLÝCH UŠNÍCH BOLTCŮ - PLASTICKÁ OPERACE** **Operovaná strana:**
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem plastické operace ušních boltců je korekce (úprava) vrozené vady - odstávání ušních boltců (otapostázy). Jedná se o operaci kosmetickou, ne funkční. Lékařem doporučený výkon má především následující rizika: Rizika i komplikace jsou vzácné. V pooperačním průběhu může vzácně dojít k zánětu (podáváme antibiotika) či nevelkému krvácení v ráně. Kosmetický efekt nemusí vždy odpovídat představě rodičů, může být stranový rozdíl mezi oběma boltci, výjimečně může být nutná úprava.
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Vzhledem k tomu, že se jedná o kosmetickou operaci, ne nápravu funkce, alternativou je neoperovat.
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Operace se provádí v celkové narkóze z řezu na zadní straně boltce s modelací chrupavky boltce. Je zakončena sešitím kůže, popřípadě ještě fixačními (tvar udržujícími) stehy.
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Hospitalizace trvá obvykle 2-4 dny. Pacient bude mít asi 10 dní obvaz, uši je třeba chránit před nárazem a infekcí. U malých nebo neklidných dětí převazujeme a stehy odstraňujeme v krátké narkóze. Doporučujeme několik týdnů na noc a na sport nosit čelenku. Změny zdravotní způsobilosti nepředpokládáme.
Další potřebná léčba: Žádná
Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu: V případě, že pacient je **nezletilý/á nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý/á: **Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a v rozsahu, který je uveden výše.** Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
V Praze dne ..... podpis pacienta / zákonného zástupce ..... podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností	..... jméno, příjmení a podpis lékaře
Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat: Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen/a se podepsat: Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil/a svou vůli: ..... jméno, příjmení a podpis svědka	

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.