

OPERACE NEZHOUBNÝCH ÚTVARŮ OČNÍCH VÍČEK, SPOJIVKY, ROHOVKY

Pacient/ka: Narozen/a:
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojistěnce): / Kód ZP:

Bydliště:

Zákonný zástupce: Vztah:
titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)Narozen/a: Bydliště:
(liší-li se od bydliště pacienta/ky)

Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

na základě předchozího vyšetření Vám ošetřující lékař doporučil odstranění kožních útvarů (dermoidů, atheromu, basalionu, hemangiomu, veruky, xanthelazma, melanózy, fibromu, molusca apod.) a spojivkových útvarů (névus, papilom, srůsty, nádorek, cysta) v oblasti Vašeho pravého/levého oka.

Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu

Útvary kůže, spojivky nebo rohovky, které brání ve vidění, dráždí oko nebo pacienta jinak obtěžují, a proto je vhodné je chirurgicky odstranit. V některých případech je prováděno i histologické vyšetření ke stanovení diagnózy a určení dalšího léčebného postupu. Dle výsledku může následovat další léčba v podobě chemoterapie např. Mitomycinem C v kapkách, pomražení původního místa růstu útvaru či jeho ozáření.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Jedinou spolehlivou a bezpečnou metodou (možností) je odstranění útvaru chirurgicky.

Příprava k výkonu

Většinu operačních výkonů provádíme v místním znecitlivění, jen u dětí a u větších a hluboce uložených útvarů volíme celkovou anestezii (znecitlivění a uspání), kterou podává lékař specialista - anesteziolog. Ten Vám při anesteziologickém vyšetření podá podrobné informace o celkové anestezii. Před výkonem podstoupíte předoperační vyšetření krve a interní vyšetření. V případě, že jste alergická/ý na některé léky (tj. přecitlivělý/á např. formou vyrážky, dušnosti apod.), upozorněte na to Vašeho ošetřujícího lékaře. Stejně tak upozorněte na to, zda užíváte protisrážlivé léky (léky „na ředění krve“), které je vhodné s časovým předstihem vysadit, aby se upravila krevní srážlivost.

Postup při výkonu

Po dezinfekci kůže provede chirurg kožní nebo spojivkový řez, uvolní útvar od okolní tkáně, vyjme ho a sešije ránu stehy, popřípadě zavede do rány drén (prostředek k zajištění odtoku tekutých výměšků, 2 rány, po nejnutnější dobu). Na ránu aplikuje sterilní (bezinfekční) obvaz s dezinfekční masťou.

Výkon obvykle trvá půl až 1 hodinu.

Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Po operaci může vzniknout otok a prokrvácení víčka nebo spojivky, které spontánně obvykle do týdne odezní. Velmi vzácně může dojít k zánětlivé komplikaci. Ta je pak řešena při akutním kontrolním vyšetření podáváním antibiotické léčby anebo i jinými speciálními způsoby po pohovoru s očním lékařem.

**Chování po výkonu, možná omezení**

Týden po operaci Vám budou odstraněny stehy a sdělíme Vám výsledek histologického vyšetření. Pracovní neschopnost obvykle trvá 7 dní. Do zhojení rány Vám nedoporučujeme ránu namáčet ve vodě, pobývat v prašném prostředí, řídit motorové vozidlo.

Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují.

Nezamířel/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a беру на vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta s omezenou svéprávností) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVÉPŘÁVNOSTÍ K VYSLOVENÍ SOUHLASU:

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

- Pacient/ka **je** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
- Pacient/ka **není** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.



Pacient/ka:

Rodné číslo:

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

V Plzni dne: v hodin

.....
podpis pacienta/ky (podpis zákonného zástupce)

Vyplňte v případě, že pacient/ka je způsobilý/á k udělení souhlasu, ale nemůže se s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):

Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:

.....
Náhradní způsob projevu vůle (souhlasu):

kývnutím hlavy

gestem:

očima

jinak:

Svěddek:

jméno a příjmení

podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresa a datum narození)

.....
Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a souhlas podepsat:

Pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a tento souhlas podepsat.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

Svěddek:

jméno a příjmení

podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresa a datum narození)