

## OPERACE VCHLÍPENÉHO OKRAJE OČNÍHO VÍČKA (ENTROPIA)

Pacient/ka: ..... Narozen/a: .....  
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojištění): ..... / ..... 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 úpravu vchlípeného dolního očního víčka (entropia) Vašeho pravého/levého oka.

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

### Důvod provedení výkonu

Otočení okraje Vašeho víčka směrem k oku vede k dráždění spojivky a rohovky řasami a ke vzniku defektů (oděrek) na povrchu oka s následným zánětem. Příčiny vzniku jsou různé: věkové změny, jizvy po úrazech, dráždění nervu nebo vrozené stavy. Cílem operace je upravit postavení víčka do normální polohy posílením jeho stěny různými operačními technikami.

### Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Na přechodné období lze víčko upevnit náplastovou trakcí (tahem náplasti). Další léčba tohoto stavu je jen operační. U velmi složitých a komplikovaných stavů se navíc provádí k opravě vzniklých defektů oka transplantace (přenesení) sliznice nebo našití amnionové membrány (plodové blány) přímo do místa defektu.

### Příprava k výkonu

Operaci provádíme v lokální anestezii (místní znecitlivění) ambulantně nebo za hospitalizace (tj. při pobytu v nemocnici – stanoví lékař po dohodě s pacientem). Je nutné provést předoperační interní vyšetření, včetně vyšetření krve. V případě, že jste alergická/ý na některé léky (tj. Vaše přecitlivělost se projevuje formou vyrážky, dušností apod.), upozorněte na to Vašeho ošetřujícího lékaře. Stejně tak upozorněte na to, zda užíváte protisrážlivé léky (lidově „na ředění krve“), které je třeba s časovým předstihem vysadit, aby se upravila krevní srážlivost. Před výkonem v den operace můžete jíst, pít a vzít ostatní léky.

### Postup při výkonu

Asi půl hodiny před operací Vám sestra podá tabletu se zklidňující látkou, která zároveň působí i proti bolesti. Před vlastní operací Vám bude oko a jeho okolí očištěno dezinfekčním (protibakteriálním) roztokem, k nosu Vám budou nasazeny kyslíkové brýle (tj. přívod dostatečné dávky kyslíku cestou dvou krátkých hadiček zasunutých do nosu, napojených na větší hadici přívodnou, kterou proudí kyslík z centrálního rozvodu) a celý obličej překryjeme sterilní (bezinfekční) rouškou. Potom lékař aplikuje do postiženého víčka znecitlivující injekci tenkou injekční jehlou. Během operace vystřihne kůži a popřípadě i další měkké tkáně tak, aby při sešití rány došlo k adaptaci víčka do normální polohy. Po operaci se na ránu aplikuje antiseptická mast nebo mast s antibiotikem (protibakteriální léčivo) a překryje se sterilním obvazem.

### Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Někdy může vzniknout alergická reakce na léky, které Vám budou aplikovány. Jednou z komplikací operace může být změna postavení víčka opačným směrem (řeší se další operací). Opakování onemocnění je možné.

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukovány, publikovány a šířeny žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.

**Chování po výkonu, možná omezení**

Po operaci budete mít několik dní otok víček a modřiny, které během 1 – 4 týdnů samovolně odezní. Můžete mít pocit tlaku kolem oka a slzení.

Po dobu hojení Vám nedoporučujeme řízení motorového vozidla, pobývat v prašném prostředí, sportovat, plavat, a to pro nebezpečí vzniku zánětlivé komplikace rány.

Stehy Vám budou odstraněny za 7 - 14 dní po výkonu. Po odstranění stehů doporučujeme opatrnou masáž jizvy s odstupem několika dní. Pracovní neschopnost může trvat 1 - 2 týdny.

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 beru na 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 SVÉPRÁVNOSTÍ 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: .....

Svěděk: .....

.....  
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

Svěděk: .....

.....  
jméno a příjmení

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