

## OPERACE VYVRÁCENÉHO OKRAJE VÍČKA (EKTROPIA)

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 oční lékař doporučil provedení plastické operace vyvráceného dolního víčka (ektropia) 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

Důvodem provedení výkonu je docílení správného postavení vyvráceného víčka, které může způsobovat vysychání oka, pocit tlaku, řezání, slzení a častější druhotnou infekci oka.

Příčiny vyvráceného dolního víčka jsou různé: věkové změny, jizvy, ochrnutí lícního nervu a další.

### Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Léčba je jedinečně operační. Cílem operace je zpevnění stěn víčka a dosažení správného doléhání víčka na oko. U jizevnatých stavů se provádí složitější plastické operace s rozrušením jizev a možnou transplantací (přenosem) kůže.

### Příprava k výkonu

Před operací si budete aplikovat do nemocného oka čistící a zvlhčující kapky a gely. Operaci provádíme v lokální anestezii (místní znecitlivění) kapkami do spojivkového vaku a injekcí tenkou jehlou do víčka. Půl hodiny před zákrokem Vám sestra podá tabletu s uklidňující látkou, která působí také proti bolesti.

Předoperační interní vyšetření včetně vyšetření krve bude nutné. **V případě, že jste alergická/ý na některé léky (tj. Vaše přecitlivělost se projevuje např. formou vyrážky, dušnosti 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.

### Postup při výkonu

Před operací Vám lékař očistí kůži víček a okolí oka dezinfekčním (protibakteriálním) roztokem, poté Vám přikryje obličej sterilní (bezinfekční) rouškou. Pod rouškou budete mít kyslíkové brýle, tj. prostředek k přívodu dostatečné dávky kyslíku v podobě dvou tenkých hadiček do nosních dírek. Po aplikaci znecitlivující injekce do víčka provede lékař vlastní operaci. Operace trvá do 1 hodiny a jejím cílem je dosažení přivrácení víčka zpět k oku použitím různých operačních technik s adaptací měkkých tkání a následnou fixací tkání víček a víčkových pomocí stehů.

Po operaci budete mít oko kryté sterilním obvazem. V případě hospitalizace může trvat pobyt v nemocnici do 5 dní.

### Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Možné operační komplikace: prokrvácení měkkých tkání a okolí oka, bolestivost, otok, zmenšení oční šterbiny, které obvykle do týdne spontánně (samovolně) odezní. Vzácně může vzniknout zánět, alergie na léky, někdy povrchní oděrka povrchu oka, které lze zahojit aplikací vhodných léků.

**Chování po výkonu, možná omezení**

Stehy Vám budou odstraněny za 7 - 14 dní po operaci. Pracovní neschopnost může trvat 1 - 2 týdny. Po dobu hojení nesmíte řídit motorové vozidlo, pobývat v prašném prostředí a plavat.

U nekomplikovaných stavů se docílí dobrého kosmetického a funkčního efektu. Onemocnění se může opakovat.

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 nevyklučují.

Nezamlčel/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 poučením 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: .....

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)