

TRANSPLANTACE OČNÍ ROHOVKY

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:
(liši-li se od bydliště pacienta/ky)

Vážená paní, vážený pane,

na základě předchozího vyšetření Vám ošetřující lékař doporučil transplantaci rohovky Vašeho pravého/levého oka.

Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), 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

Cílem této operace je chirurgickým způsobem odstranit z Vašeho oka zkalenou rohovku nebo nahradit velký defekt po úrazu a tím zlepšit vidění oka. Zkalení rohovky může mít následující příčiny:

- vrozené vady a degenerativní onemocnění rohovky
- pouřazové jizvení nebo ztenčení
- jizvy po zánětech
- jizvy po popálení a poleptání
- jizvy po předchozích operacích
- dystrofie rohovky

Operací se postižená rohovka nahradí čistou rohovkou od dárce, která se získá objednáním z tkáňové banky. Výsledek operace závisí na imunologické (na tvorbě protilátek proti cizí rohovce) odpovědi Vašeho organismu. Horší výsledky hojení a kvality vidění bývají u pacientů:

- se zeleným zákalem
- po poleptání louhem
- při jizvách spojivek a víček
- při poruše slzného „filmu“ (nedostatek slz)
- s atopickým ekzémem

Alternativy (jiné možnosti) výkonu/ léčby

Pro zlepšení vidění jiné řešení neexistuje. Po úrazu vzniklý defekt rohovky můžeme dočasně krýt aplikací měkké kontaktní čočky. Menší defekty rohovky léčíme našitím amnionové membrány (vrstva placenty, objednává se z tkáňové banky).

Příprava k výkonu

Před operací musíte podstoupit předoperační vyšetření (krevní testy, vyšetření moče, EKG, pak interní vyšetření). V případě, že jste alergická/y na některé léky, upozorněte na to Vašeho ošetřujícího lékaře. Stejně tak upozorněte na to, zda užíváte léky na ředění krve, které je třeba s časovým předstihem vysadit, aby se upravila krevní srážlivost.

Postup při výkonu

Výkon trvá asi 2 hodiny.

Výkon se provádí buď v celkové anestezii nebo v retrobulbární anestezii/znecitlivění celé oblasti operovaného oka.



Oko a jeho okolí nejprve očistíme dezinfekcí. Celý obličej Vám přikryjeme sterilní rouškou. Během operace pod mikroskopem oční chirurg odstraní poškozenou část oka (rohovku) a nahradí ji transplantátem (čirou rohovkou) od dárce. Transplantát se fixuje ke zbytkům Vaší vlastní rohovky pomocí jednotlivých nebo pokračovacích stehů.

Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Během operace může vzácně dojít ke krvácení do měkkých tkání oka nebo do nitra oka. Po operaci může dojít k zánětlivým, alergickým či imunologickým komplikacím (protilátkové odmítnutí a následné odloučení nebo zkalení transplantátu).

Po operaci můžete vidět zkreslený obraz v důsledku nepravidelného zakřivení rohovky. Hojení bude dlouhodobé. Zpočátku jsou nutné kontroly na naší ambulanci dle doporučení operátora. Po stabilizaci nálezu budou kontroly prováděny u očního lékaře dle bydliště (spádu). Stehy Vám budou odstraněny za 9 - 12 měsíců po výkonu.

Při náhlém zhoršení vidění, zarudnutí a bolesti oka vyhledejte ihned očního lékaře, a to buď dle spádu, nebo u nás na klinice.

Chování po výkonu, možná omezení

Po operaci jsou nutné pravidelné kontroly, stejně tak i dlouhodobá aplikace lokálních antibiotických kapek a kortikosteroidů (= hormony kůry nadledvin), tlumící zánětlivé projevy. Při odmítání transplantátu může ošetřující lékař nasadit léky na tlumení této reakce. V některých případech lze operaci opakovat.

Po operaci nesmíte plavat, potápět se, pobývat v prašném prostředí, provozovat kontaktní sporty (míčové, kolektivní hry, apod.) po dobu, kterou Vám určí lékař.

Prevencí proti úrazům a poleptání rohovky je použití ochranných pomůcek a dodržování technologických postupů.

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).



Pacient/ka:

Rodné číslo:

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.

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)