

## SONDÁŽ SLZNÝCH CEST U MALÝCH DĚTÍ

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

Rodné číslo (číslo pojištěnce): ..... / ..... 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 zdravotního stavu Vašeho dítěte doporučil jeho ošetřující lékař provedení sondáže (propíchnutí) membránek v slzných cestách jeho  pravého /  levého oka. (vyberte vhodnou variantu)

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

Neprůchodnost slzných cest u kojenců je vrozená. Vyskytuje se poměrně často (u 4 %). První známky tohoto onemocnění se objeví již v porodnici nebo několik týdnů po porodu. V tomto případě můžete pozorovat u svého dítěte slzení a později dojde i k hlenění postiženého oka. Ke zprůchodnění slzných cest se doporučuje opakovaná masáž v oblasti slzného vaku, aplikace antibiotických (protibakteriálních) kapek do oka a později průplach slzných cest. Pokud do 2 - 3 měsíců po porodu nedojde ke zprůchodnění slzných cest, doporučí ošetřující lékař provedení sondáže (chirurgické propíchnutí). Pro bezpečný průběh výkonu je důležité, aby dítě bylo v klidu.

### Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Tento výkon nemá odpovídající alternativu.

### Příprava k výkonu

Je vhodné 1 hodinu před zákrokem dítě nekojit či nekrmít, aby se při průplachu nedostal obsah žaludku do dýchacích cest.

### Postup při výkonu

Sondáž se provádí ambulantně, v místním znecitlivění kapkami, převážně do 6 měsíců věku dítěte. Zdravotní sestra nakape znecitlivující kapky do nemocného oka. Lékař po rozšíření slzného bodu ve vnitřním koutku horního (dolního) víčka provede průplach slzných cest k odstranění hlenu. V případě, že zjistí neprůchodnost slzných cest, zavede sondičku ke zjištění místa neprůchodnosti a posléze se opatrně pokusí propíchnutím tuto překážku odstranit. Poté následuje opětovný průplach k odstranění krevních sraženin ze slzných cest.

V pozdějším věku dítěte (při nespoupráci) je vhodné zákrok provést v celkovém znecitlivění (narkóze). Není chyba, provede-li se sondáž dříve než ve 2 měsících věku dítěte, je-li neprůchodnost slzných cest prokázána. Někdy je nutno sondáž opakovat. V případě, že i po opakovaných sondážích nedojde ke zprůchodnění slzných cest při nevyvinutém nososlzném kanálku, doporučí Vám lékař chirurgickou operaci, která zajistí náhradní cestu pro odtok slz.

Při zánětlivých infekcích horních cest dýchacích může také docházet k zánětu slzných cest a k opětovnému uzavření a neprůchodnosti. Proto doporučujeme vždy včas léčit očními kapkami záněty spojivek a slzných cest.

### Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Je důležité upozornit lékaře na vrozenou vadu (rozštěp horního patra), na náchylnost ke spazmům (stahů, křečím) dýchacích cest, popřípadě na srdeční vadu. V těchto případech bude zákrok Vašemu dítěti zajištěn v přítomnosti dětského lékaře - specialisty.

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 sondáži budete kapat do nemocného oka svého dítěte antibiotické kapky 5 - 7 dní podle doporučení očního lékaře. Kontrola dle potřeby.

Pokud máte v souvislosti s výkonem další otázky, obraťte se na ošetřujícího lékaře Vašeho dítěte, který Vám ochotně vše vysvětlí.

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/la 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.

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 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)