

## OPERACE LAGOFTALMU (NESCHOPNOSTI UZAVŘÍT OČNÍ ŠTĚRBINU)

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/Vašemu dítěti ošetřující lékař doporučil provedení plastické úpravy ochablých víček, která znemožňují zavření oční štěrbinu 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 nevylučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

### Důvod provedení výkonu

Neschopnost zavřít oční štěrbinu vede k vysychání povrchu oka a ke vzniku zánětu až vředu rohovky.

Příčinou tohoto stavu je většinou postižení lícního nervu nebo celkové stavy (bezvědomí apod.). U dětí může být postižení lícního nervu vrozené. Příčinou může být také úraz, nádory v oblasti hlavy a krku, cévní mozková příhoda, onemocnění cukrovkou, výjimečně i virová infekce.

Při dlouhotrvající neschopnosti uzavřít oční štěrbinu je tedy vhodná operace – částečná tarsorafie – tj. sešití zevní části víček. Operace se provádí v místním znecitlivění.

### Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Při lehkém postižení víček se aplikují do oka kapky typu umělých slz + oční gel, dále můžeme zvážít zalepování víček náplastí. Z chirurgických zákroků jinou možností léčby je vsítí implantátu ze zlata, titanu nebo platiny pod sval horního víčka. Gravitace (zemská přitažlivost) pak pomohou víčko zavírat. Tento výkon hradí pacient a na našem pracovišti se toho času neprovádí.

### Příprava k výkonu

Operaci provádíme v místním znecitlivění buď ambulantně, nebo za hospitalizace (při pobytu v nemocnici).

Před nástupem do nemocnice podstoupíte interní (provede specialista na choroby vnitřní) předoperační vyšetření včetně vyšetření krve, které Vám zajistí Váš praktický lékař. Lékař zhodnotí výsledky a vyjádří se k Vaší způsobilosti podstoupit místní či celkové znecitlivění.

V případě, že jste alergická/ý a Vaše přecitlivělost se projevuje např. vyrážkou, dušností apod., upozorněte na to Vašeho ošetřujícího lékaře. Stejně tak upozorněte na to, zda berete protisrážlivé léky (na tzv. ředění krve), které je třeba s časovým předstihem vysadit, aby se upravila krevní srážlivost.

### Postup při výkonu

Před operací Vám bude sestra kapat do postiženého oka dezinfekční kapky. Před vlastním operačním zákrokem Vám sestra aplikuje (podá) tabletu se zklidňujícím lékem.

Na operačním sále Vám bude oko a jeho okolí nejprve očištěno dezinfekčním roztokem, k nosu Vám budou připevněny „kyslíkové brýle“ (přívod kyslíku do nosních průduchů cestou dvou krátkých trubiček na přívodní trubici). Celý obličej pak bude přikryt operační rouškou s otvorem pro oko a jeho okolí. Po aplikaci znecitlivující látky do postižených víček provede lékař jejich sešití v rozsahu dle potřeby, nejčastěji ale pouze v zevní třetině, čímž se dosáhne zmenšení velikosti oční štěrbinu, ale nezhorší se vidění.



Po operaci Vám do oka aplikujeme mast s antibiotikem a oko překryjeme sterilním obvazem. Výkon trvá obvykle 30 - 45 min.

Kožní stehy Vám budou odstraněny za 7 - 14 dní po výkonu.

V případě, že se za několik měsíců nebo let funkce nervu obnoví, můžeme oční štěrbinu operací opět rozšířit.

### **Rizika, následky a možné komplikace výkonu**

Možné operační komplikace výkonu jsou krvácení do měkkých tkání víček a okolí oka, které mají vedlejší kosmetický efekt a obvykle do 2 týdnů spontánně (samovolně) odezní. Dále může dojít k alergické reakci na léky. V tomto případě se vysadí léky, které alergii způsobily a nasadí se léky na tlumení vzniklých potíží.

### **Chování po výkonu, možná omezení**

V domácím ošetření budete muset dodržovat léčebný režim stanovený ošetřujícím lékařem, kapat kapky do oka, aplikovat mast na ránu a dostavit se na kontrolu v daném termínu. Délka pracovní neschopnosti se pohybuje v rozmezí několika dnů až týdnů. Po dobu hojení nedoporučujeme řídit motorové vozidlo, dále nedoporučujeme plavání a pobyt v prašném prostředí, aby nedošlo k druhotnému zánětu operační rány.

Dovoluujeme 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)**

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

By/la 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).

By/la 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.

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

By/la 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 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.



Pacient/ka: .....

Rodné číslo: .....

**POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVĚPRÁVNOSTÍ 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)