

# OPERACE DISLOKOVANÉ (POSUNUTÉ) NITROOČNÍ ČOČKY

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 (Vašemu dítěti) ošetřující lékař doporučil provedení operačního zákroku Vašeho (jeho/jejího) pravého/levého oka. K provedení tohoto výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

### Důvod provedení výkonu

Následkem úrazu oka s nitrooční čočkou může dojít k uvolnění nebo utržení závěsného aparátu pouzdra čočky a tím i posunutí čočky z původního centrálního uložení. Vznikne výrazné zhoršení vidění nebo monokulární diplopie (dvojitě vidění na jednom oku). Dislokace čočky s odstupem od operace může vzniknout i na predisponovaných očích u pacientů s pseudoexfoliativním glaukomem, diabetem nebo při pigmentové degeneraci sítnice. Také předchází komplikovaný průběh operace šedého zákalu v důsledku jizvení pouzdra může vést k posunutí nitrooční čočky.

### Možnosti léčby/řešení zdravotního problému

Menší dislokace čočky operaci nevyžaduje. V případě zhoršení či dvojitě vidění je nutná operace, při které se uvolněná nitrooční čočka s pouzdrum usadí za zornici a fixuje se pomocí nevstřebatelných stehů ke sklěře. V některých případech je nutno původní nitrooční čočku z oka odstranit a nahradit jinou, kterou lze fixovat k duhovce nebo uložit do přední komory oka. Dlouhodobě dislokovaná nitrooční čočka může způsobit časem komplikace: odchlípení sítnice, záněty, zvýšení nitroočního tlaku či dekompenzaci rohovky.

### Příprava k výkonu

Operaci běžně provádíme v místním znecitlivění. Jen u dětí a citlivých jedinců je vhodná celková anestézie, kterou podává lékař specialista – anesteziolog. Ten Vám při anesteziologickém vyšetření podá o způsobu znecitlivění podrobné informace.

Před výkonem celkové anestezii nesmíte od půlnoci jíst, pít ani kouřit.

Před nástupem do nemocnice podstoupíte předoperační vyšetření, které Vám zajistí Váš praktický lékař. Lékař zhodnotí výsledky a vyjádří se k Vaší způsobilosti podstoupit místní či celkové znecitlivění. V případě, že jste alergický/á (projevy přecitlivělosti, např. vyrážka, dušnost apod.) na některé léky, 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 do svalů injekci se zklidňující látkou.

Na operačním sále Vám bude oko a jeho okolí nejprve očištěno dezinfekčním roztokem. Při místním znecitlivění Vám budou k nosu připevněny kyslíkové brýle (přívod kyslíku do nosních průduchů cestou dvou krátkých trubiček na přívodní trubici). Celý obličej pak bude přikrytý operační rouškou. Potom chirurg provede operaci jedním ze tří výše uvedených způsobů a ránu zašije. Na ránu aplikuje masť s antibiotikem a sterilním obvazem ránu kryje. Operace bude trvat přibližně 0,5-1 hodinu.

### Rizika a možné komplikace výkonu

Nejčastější operační komplikací je krvácení v místě vpichu injekce a řezu do oka (odezní bez léčby do 14 dnů). Mírná bolest, otok, škrábání v oku a slzení patří mezi přiměřené reakce v prvních pooperačních



dnech. Přechnodně po operaci může se zvýšit nitrooční tlak a sníží se průhlednost rohovky. Vzácně se mohou objevit infekční či alergická reakce.

### Chování po výkonu, možná omezení

Doba pobytu v nemocnici se pohybuje mezi 3-5 dny. V domácím ošetření budete dodržovat léčebný režim stanovený ošetřujícím lékařem (kapat kapky do oka) a dostavíte se na kontrolu v daném termínu. Délka pracovní neschopnosti se pohybuje v rozmezí od několika dnů až týdnů.

Po operaci si nesmíte oko mnout, plavat, potápět se, sportovat, pobývat v prašném prostředí, neprovádět těžkou fyzickou práci a řídit motorové vozidlo po dobu, kterou Vám určí lékař. Vlivem aplikovaných kapek po operaci může být vidění operovaného oka přechodně zhoršené.

Nevadí chůze, provádění běžných každodenních úkonů, dívání se na televizi, čtení či práce s počítačem. Venku se doporučuje nosit tmavé brýle (operované oko je citlivější na jasné světlo, ale nošení brýlí neovlivní hojení oka). Doporučuje se spát na zádech a na straně neoperovaného oka.

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.

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 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: .....

Svěddek: .....  
jméno a příjmení                      podpis    (není-li svědek zaměstnancem FN, 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, uveďte se adresa a datum narození)