

CYKLOKRYKOAGULACE NEBO CYKLOFOTOKOAGULACE

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 provedení operace zaměřené na snížení nitroočního tlaku na Vašem pravém/levém oku (operace zeleného očního zákalu). K provedení tohoto výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu

Vysoký nitrooční tlak v oku způsobený hromaděním nitrooční tekutiny vede ke stavu, kdy oko je drážděno a bolí. Navíc dochází k dalšímu zhoršení vidění oka až slepotě.

Cílem této operace je snížit nitrooční tlak na takovou hodnotu, při které by nedocházelo ke zhoršení onemocnění. Již vzniklé změny v zorném poli a pokles vidění operace nezlepší, nepříznivý průběh jen zastaví.

Možnosti léčby/řešení zdravotního problému

Snížení nitroočního tlaku můžeme docílit částečnou destrukcí řasnatého tělíska (část oka, která produkuje nitrooční tekutinu) několika způsoby:

1. Pomražením povrchu oka v místě lokalizace řasnatého tělíska speciální sondičkou (cyklokryokoagulace)
2. Působením světelných paprsků určité vlnové délky (diodový laser) v místě lokalizace řasnatého tělíska přiložením speciální sondičky (cyklofotokoagulace)
3. Kombinací obou metod

Tento způsob operace je vhodný jen u některých typů zeleného zákalu, který vznikl na podkladě ischemických (podkysličen v důsledku tepenné sklerózy), diabetických (při cukrovce), poúrazových, pooperačních a jiných změn.

Příprava k výkonu

Před plánovaným operačním výkonem absolvujete předoperační vyšetření u svého praktického či interního lékaře: náběry krve na biochemické vyšetření, vyšetření moče, rentgen plic a elektrokardiogram (EKG). Lékař – internista provede fyzikální vyšetření a spolu s ním zhodnotí výsledky provedených pomocných vyšetření. Závěrem se vyjádří k Vaší způsobilosti podstoupit místní nebo celkové znecitlivění. V případě, že jste alergická/y na některé léky, upozorněte na to Vašeho ošetřujícího lékaře (tj. přecitlivěly např. formou vyrážky, dušnosti atd.) Stejně tak upozorněte na to, zda užíváte léky s protisrážlivým účinkem (vyjádřeno lidově „na ředění krve“), které je třeba s časovým předstihem vynechat, aby se upravila krevní srážlivost.

Operaci provádíme v místním znecitlivění (celkové znecitlivění – narkóza, uspání – je nutná jen výjimečně u dětí nebo nespolupracujících pacientů), proto je možné se před operací nasnídat a vzít léky, které trvale užíváte.

**Postup při výkonu**

Asi půl hodiny před operací Vám sestra aplikuje do svalu injekci se zklidňující látkou, která zároveň působí i proti bolesti. Na operačním sále Vám bude sestra kapat do operovaného oka znečítlivující kapky a lékař aplikuje vedle oka znečítlivující látku, která zajistí bezbolestný průběh.

Před vlastní operací Vám bude oko a jeho okolí nejprve očištěno dezinfekčním (protibakteriálním) roztokem, celý obličej pak bude překryt sterilní (bezinfekční) rouškou. Oční víčka budou ve správné poloze přidržována rozvěračem, takže nehrozí nebezpečí, že byste operaci narušil/a mrknutím. Potom lékař přiloží na povrch oka sondičku (šetrnou trubičku) a několik vteřin povrch oka pomrazí. Na závěr operace Vám bude na oko přiložen krycí obvaz s antibiotickou (protibakteriální) mastí. Délka operace je asi 10 minut.

Rizika a možné komplikace výkonu

Během operace může ojediněle dojít ke krvácení do nitra oka. Po operaci se může objevit zámkem vyvolaný (reaktivní) zánět, zhoršené vidění a výkyvy nitroočního tlaku. Tyto komplikace budeme řešit podáním léků na snížení nitroočního tlaku, proti bolesti a zánětu.

Při nepříznivém průběhu onemocnění nelze zcela zaručit, že s odstupem času nedojde k dalšímu zhoršování onemocnění a nebude tak nutná další operace.

Chování po výkonu, možná omezení

Po operaci budete ještě asi 7-10 dnů hospitalizován/a. Další léčba bude probíhat ambulantně.

Po propuštění musíte dodržovat doporučený léčebný režim, pravidelně kapat do operovaného oka oční kapky, aplikovat masti a dostavit se na kontrolu dle doporučení ošetřujícího lékaře (první kontrola u nás na ambulanci do 7-10 dní po propuštění). V případě, že dojde ke zhoršení vidění, zvýšení bolestivosti a zarudnutí oka, větší než bylo při propuštění, doporučujeme ihned vyhledat vyšetření u svého spádového očního lékaře. Pokud tyto potíže vzniknou večer nebo o víkendu, pak bude akutní kontrola provedena u nás na klinice.

Po dobu pracovní neschopnosti nesmíte plavat, potápět se, pobývat v prašném prostředí, nosit kontaktní čočky, lézt do výšek, řídit motorové vozidlo.

V časném pooperačním období může být Vaše operované oko citlivější na světlo – pak je vhodné nosit tmavé brýle. Nošení tmavých brýlí však hojení oka neovlivňuje. Vlivem aplikovaných kapek po operaci může být vidění operovaného oka přechodně zhoršeno, ale jde jen o určitou funkční poruchu, bez škodlivého vlivu na budoucí stav operovaného 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 mé osobě (mému dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují.

Nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu (o zdravotním stavu mého dítěte), které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu (léčbu mého dítěte) či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.



Pacient/ka:

Rodné číslo:

Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti mé osoby (mého dítěte) v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu).

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 mého (mého dítěte).

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).

NÁZOR NEZLETILÉHO PACIENTA (PACIENTA ZBAVENÉHO ZPŮSOBILOSTI K PRÁVNÍM ÚKONŮM):

(vyplní lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení)

- Pacient s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotním výkonem) souhlasí/nesouhlasí (nehodící se škrtněte).
- Názor pacienta nebyl zjištěn, neboť údaje uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotním výkonem) týkající se nezletilého pacienta (pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům) nebyly tomuto pacientovi poskytnuty z důvodu (např. nízký věk pacienta/ky):

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

V Plzni dne: v hodin

podpis pacienta/ky nebo zákonného(ých) zástupce(ů)

Vyplňte v případě, že se pacient/ka nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):**Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:****Způsob projevu vůle (souhlasu):**

- kývnutím hlavy gestem: očima jinak:

Svěděk:

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

Svěděk:

jméno a příjmení

podpis

(není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresa a datum narození)