



ENUKLEACE (VYNĚTÍ OKA)

Pacient/ka:
titul jméno příjmení

Narozen/a:

Rodné číslo (číslo pojištění): /
Kód ZP:

Bydliště:

Zákonný zástupce:
titul jméno příjmeníVztah:
(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, doporučil Váš ošetřující lékař enukleaci (vynětí) Vašeho pravého/levého oka. K provedení tohoto výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu

Cílem operace je odstranění:

- slepého a bolestivého oka
- oka vážně poškozeného úrazem (ohrožovalo by drážděním i oko druhé, dosud zdravé)
- oka kosmeticky nevyhovujícího
- oka s nádorem

Důvody pro vynětí oka zasaženého nádorem jsou:

- zabránit rozrůstání nádoru až do očníce mimo oční kouli
- odvrátit bolesti oka, které by nádor velkých rozměrů vyvolal (zvýšením nitroočního tlaku)
- zabránit rozsevu nádorových buněk do jiných orgánů těla

Možnosti léčby/řešení zdravotního problému

V případě nádoru, zánětu a bolestivosti oka je to operace volby.

Příprava k výkonu

Před operačním výkonem je nutné provést řadu vyšetření, která informují o Vašem celkovém zdravotním stavu. O všech těchto vyšetřeních budete informován / a. Některá vyšetření jsou doplněna až po operaci.

Předoperační vyšetření absolvujete u svého praktického či interního lékaře: náběry krve na biochemické vyšetření, vyšetření moče, rentgen plic a elektrokardiograf (EKG). Lékař - internista provede fyzikální vyšetření a současně zhodnotí všechny výsledky. Poté se vyjádří k Vaší způsobilosti podstoupit zákrok v místním nebo celkovém znecitlivění.

V případě, že jste alergický na některé léky (tj. precitlivělý např. formou vyrážky dušnosti, apod.), upozorněte na to Vašeho ošetřujícího lékaře. Stejně tak upozorněte na to, zda užíváte protisrážlivé léky (lidově: na ředění krve), které je třeba s časovým předstihem vysadit, aby se upravila krevní srážlivost.

Výkon provádíme v celkové anestezii (uspání a znecitlivění), kterou podává lékař specialista – anesteziolog. Ten Vám při anesteziologickém vyšetření podá o způsobu znecitlivění podrobné informace. Před výkonem v celkové anestezii nesmíte od půlnoci jíst, pít ani kouřit.

V některých případech lze operaci provést v místním znecitlivění, pokud Váš celkový stav nedovolí celkovou anestezii podat.

Před operací Vám sestra aplikuje do svalu injekci se zklidňující látkou.

**Postup při výkonu**

Na operačním sále před operací Vám bude oko a jeho okolí nejprve očištěno dezinfekčním (protibakteriálním) roztokem a celý obličej Vám překryjeme sterilní (bezinfekční) rouškou. Oční víčka budou ve správné poloze přidržována rozvěračem. Při vyjmutí oka se ponechá spojivka a okohybné svaly. Ke svalům se přišije silikonová nebo odporová (umělohmotná) podložka, která umožní po operaci určité pohyby oční protézy (náhrady). Operace bude ukončena sešitím spojivkové rány a přiložením sterilního kompresivního (tlakového) obvazu. Výkon trvá asi 1 hodinu.

Rizika a možné komplikace výkonu

Velmi vzácně může dojít během operace k protržení ztenčené stěny oka. Po operaci se může objevit prokrvácení okolních měkkých tkání (modřina), které do 14 dnů spontánně (samovolně) odezní. Vzácně může dojít k zánětu měkkých tkání okolí oka, které se léčí antibiotiky (protibakteriálními léčivými). V případě, že Vaše tělo nebude tolerovat silikon (typ umělé hmoty), může dojít s odstupem času ke spontánnímu (samovolnému) vyloučení všíte podložky, kterou je pak zapotřebí chirurgicky odstranit.

Chování po výkonu, možná omezení

Po operaci vznikne mezi víčky prostor krytý spojivkou, do kterého se pak zasune oční protéza (náhrada). Tu Vám předepíše po zhojení operační rány (respektive za 4 - 6 týdnů po operaci) Váš ambulantní oční lékař, který Vám také nabídne adresy pracovišť, která vyrábějí oční protézy.

Podle výsledku histologického vyšetření (speciálního drobnohledného vyšetření) odstraněného oka bude pak zvolen další způsob Vaší léčby (pouhé sledování, ozařování apod.). Budou nutné pravidelné kontroly u Vašeho očního lékaře.

Po operaci vynětí oka nesmíte 1 rok řídit motorové vozidlo. O dalším postupu pak bude rozhodnuto podle kvality vidění Vašeho druhého 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.

Nezamířel/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.

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).

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukovány, publikovány a šířeny žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Dr. E. Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Pacient/ka:

Rodné číslo:

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)