

## OPERACE NEZHOUNÝCH NÁDORŮ OČNÍCH VÍČEK, SPOJIVKY, ROHOVKY

Pacient/ka: \_\_\_\_\_  
titul                      jméno                                      příjmení                                      Narozen/a: \_\_\_\_\_

Rodné číslo (číslo pojištění): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_                      Kód ZP: \_\_\_\_\_

Bydliště: \_\_\_\_\_

Zákonný zástupce: \_\_\_\_\_  
titul                      jméno                                      příjmení                      Vztah: \_\_\_\_\_  
(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 ošetřující lékař doporučil odstranění kožních útvarů (dermoidů) v oblasti Vašeho pravého/levého oka.

K provedení tohoto výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

### Důvod provedení výkonu

**Dermoidy** – vrozené, hmatné, pohyblivé, kulovité nádorky, které mohou utlačovat oko, a proto je vhodné je chirurgicky odstranit.

### Možnosti léčby/řešení zdravotního problému

Jedinou spolehlivou a bezpečnou metodou (možností) je odstranění útvaru chirurgicky.

### Příprava k výkonu

Operační výkon můžeme provést v místním znecitlivění, jen u dětí a u větších a hluboce uložených útvarů může chirurg zvolit celkovou anestezii (znecitlivění a uspání), kterou podává lékař specialista - anesteziolog. Ten Vám při anesteziologickém vyšetření podá o způsobu znecitlivění podrobné informace. Je nutné provést předoperační vyšetření krve a interní vyšetření. V případě, že jste alergická/ý na některé léky (tj. přecitlivělý 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.

### Postup při výkonu

Po dezinfekci kůže (protibakteriální působení) provede chirurg kožní nebo spojivkový řez, uvolní útvar od okolní tkáně, vyjme ho a sešije ránu stehy, popřípadě zavede do rány drén (prostředek k zajištění odtoku tekutých výměšků, po nejnutnější dobu). Na ránu aplikuje sterilní (bezinfekční) obvaz s dezinfekční masťou.

Výkon obvykle trvá půl až 1 hodinu.

### Rizika a možné komplikace výkonu

Po operaci může vzniknout otok a prokrvácení víčka nebo spojivky, které spontánně do týdne odezní. Velmi vzácně může dojít k zánětlivé komplikaci. Ta je pak řešena při akutním kontrolním vyšetření podáváním antibiotické léčby anebo i jinými speciálními způsoby po pohovoru s očním lékařem.

### Chování po výkonu, možná omezení

Stehy Vám budou odstraněny do týdne. Pracovní neschopnost obvykle trvá 7 dní. Do zhojení rány nedoporučujeme ránu namáčet ve vodě, pobývat v prašném prostředí, řídit motorové vozidlo.



Pacient/ka: .....

Rodné číslo: .....

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 nevylučují.

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.

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



## 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 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)