

OPERACE VCHLÍPENÉHO OKRAJE OČNÍHO VÍČKA

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,

na základě předchozího vyšetření Vám ošetřující lékař doporučil úpravu vchlípeného dolního očního víčka (entropia) Vašeho pravého/levého oka. K provedení tohoto výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu

Otočení okraje víčka směrem k oku vede k dráždění spojivky a rohovky řasami a ke vzniku defektu (oděrky) na povrchu oka s následným zánětem. Příčiny vzniku jsou různé: věk, jizvy po úrazech, dráždění nervu nebo vrozené stavy. Cílem operace je upravit postavení víčka do normální polohy posílením jeho stěny různými způsoby.

Možnosti léčby/řešení zdravotního problému

Na přechodné období lze víčko upevnit náplastovou trakcí (tahem náplasti). Další léčba tohoto stavu je jen operační. U velmi složitých stavů se provádí transplantace (přenesení) sliznice nebo našití amnionové membrány (plodové blány).

Příprava k výkonu

Operaci provádíme v lokální anestezii (místní znecitlivění) převážně za hospitalizace (tj. při pobytu v nemocnici). Je nutné provést předoperační vyšetření krve a interní vyšetření. V případě, že jste alergická/ý na některé léky (tj. přecitlivělý 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. Před výkonem v den operace můžete jíst, pít a vzít ostatní léky.

Postup při výkonu

Asi půl hodiny před operací Vám sestra aplikuje do svalu injekci se zklidňující látkou, která zároveň působí i proti bolesti. Před vlastní operací Vám bude oko a jeho okolí očištěno dezinfekčním (protibakteriálním) roztokem, k nosu Vám nasadíme kyslíkové brýle (tj. přívod malé dávky kyslíku cestou dvou krátkých hadiček zasunutých do nosu, napojených na větší hadici přívodnou, kterou proudí kyslík z centrálního rozvodu) a celý obličej překryjeme sterilní (bezinfekční) rouškou. Potom lékař aplikuje do postiženého víčka znecitlivující injekci tenkou injekční jehlou. Během operace vystříhne kůži a popřípadě i svaly. Sešitím rány provede narovnání víčka do normální polohy. Po operaci se na ránu aplikuje masť s antibiotikem (protibakteriální léčivo) a sterilní obvaz.

Rizika a možné komplikace výkonu

Někdy může vzniknout alergická reakce na léky, které Vám budou aplikovány do oka. Jednou z komplikací operace může být změna postavení víčka opačným směrem (řeší se další operací). Opakování onemocnění je možné.

**Chování po výkonu, možná omezení**

Po operaci budete mít několik dní otok a prokrvácení víčka, které do 2 týdnů samovolně odezní. Můžete mít pocit tlaku v oku a slzení.

Po dobu hojení Vám nedoporučujeme řízení motorového vozidla, pobývat v prašném prostředí, sportovat, plavat ve vodních nádržích, a to pro nebezpečí vzniku zánětlivé komplikace rány.

Stehy Vám budou odstraněny za 7 - 14 dní po výkonu. Po odstranění stehů doporučujeme opatrnou masáž jizvy. Pracovní neschopnost potrvá 1 - 2 týdny.

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 беру 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).
- Náзор 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):



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:

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:

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

Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmít/a souhlas podepsat:

Pacient/ka (zákonný zástupce) odmít/a tento souhlas podepsat.

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

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

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