

REKONSTRUKCE SLZNÝCH CEST

Pacient/ka: Narozen/a:
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojistění): / 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 rekonstrukce slzných cest (tj. zprůchodnění slzných cest) Vašeho /jeho pravého/levého oka.

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

Důvod provedení výkonu

Neprůchodnost slzných cest může být vrozená anebo získaná, a to po zánětu či po úrazu.

Cílem operace je zprůchodnění slzných cest, kdy se chirurgickou cestou vytvoří otvor mezi dutinou nosní a spojivkovým vakem. K tomu, aby se zabránilo zarůstání otvoru, se přes slzné cesty do nosu zavede silikonová kanyla (umělohmotná trubička).

Při akutním přerušeni slzného kanálku (úrazu) se také provádí rekonstrukce (sešití přerušovaných slzných kanálků) se zavedením silikonové kanyly (umělohmotné trubičky). O typu operace s ohledem na příčinu vzniklé poruchy slzných cest budete informován/a lékařem.

Možnosti léčby/řešení zdravotního problému

Jiná operace (tj. náprava vzniklé poruchy) není možná.

Příprava k výkonu

Operační rekonstrukce slzných cest se provádí tzv. endonasální cestou (ze strany nosní dutiny) za přítomnosti očního a lékaře se specializací na choroby ušní, nosní a krční (otorhinolaryngolog = ORL). K provedení této operace budete hospitalizován na ORL klinice.

Výkon provádíme v celkové anestezii (znecitlivění a uspání), kterou podává lékař specialista – anesteziolog. Ten Vám při speciálním anesteziologickém vyšetření podá o způsobu znecitlivění podrobné informace.

Je nutné provést předoperační vyšetření (krevní testy, a v závislosti na věku pak vyšetření specialistou na choroby vnitřní anebo choroby dětské). Podle výsledku jejich vyšetření se bude řídit i Vaše předoperační příprava / předoperační příprava Vašeho dítěte.

V případě, že jste alergická/y (že Vaše dítě je alergické) na některé léky (např. výskytem vyrážky, dušnosti apod.), upozorněte na to Vašeho / jeho ošetřujícího lékaře.

Stejně tak upozorněte na to, že užíváte protisrážlivé léky (lidově řečeno „na ředění krve“), které je třeba s časovým předstihem vysadit, aby se upravila krevní srážlivost.

Před výkonem v den operace nesmíte od půlnoci jíst, pít ani kouřit.

Postup při výkonu

Před operací Vám bude sestra kapat do oka dezinfekční (protibakteriální) kapky. Půl hodiny před odjezdem na operační sál Vám sestra aplikuje zklidňující látku do svalu. Na operačním sále se provede ošetření kůže víček a okolí oka dezinfekčním prostředkem a následně oko se překryje sterilní (bezinfekční rouškou). ORL lékař ze strany nosu speciálními nástroji provede otevření kostní stěny a slzného vaku. Pak oční lékař zavede silikonovou kanylu (umělohmotnou tenkou trubičku), volné konce kanyly se spojí

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



Pacient/ka:

Rodné číslo:

stehem v nosní dutině. U malých dětí se fixuje (přípevní) kanyla k okraji víčka. Po operaci do oka bude aplikována mast s antibiotikem (lék s protibakteriálním účinkem) a hojivými látkami a na oko se aplikuje sterilní obvaz. Délka operace je v rozmezí 0,5 – 1,5 hod (dle typu operace).

Rizika a možné komplikace výkonu

Po operaci může někdy dojít ke komplikacím: k podráždění nosní sliznice a spojivky, ke krvácení, k otoku měkkých tkání, k alergii na léky. Při kontaktu silikonové kanyly s povrchem oka se může vytvořit povrchní defekt (oděrka) a vznikne bolest a slzení. Pomocí kapek, mastí a tablet lze tyto komplikace odstranit během několika dnů.

Chování po výkonu, možná omezení

U dětí po operaci je nutno ohlídat, aby mnutím vnitřního koutku pěstičkou nedošlo k uvolnění a vypadnutí kanyly. V tomto případě by bylo nutno operaci opakovat.

U dospělých pacientů při zakašlání a kýchání doporučujeme přitlačit prstem na vnitřní koutek a přidržet okraj silikonové kanyly. Jinak dojde k jejímu vypuzení do oční štěrbině a dráždění oka. Pokud se to stane, je vhodné ihned se dostavit na ORL kliniku, kde lékař pomocí speciálních nástrojů se pokusí vtáhnout silikonovou kanylu zpět do dutiny nosní. V případě zaklínění kanyly v operačním otvoru je nutno provést revizi (kontrolu) v celkovém znecitlivění.

Při smrkání, kašlání, kýchání, smíchu a zívání jako vedlejší fenomén udávají pacienti pocit proudění vzduchu z dutiny nosní do oční štěrbině. Tento rušivý pocit se časem výrazně zmenší nebo i úplně odezní.

Délka hospitalizace (pobytu v nemocnici) se pohybuje okolo 3 - 4 dnů. Doba rekonvalescence (uzdravování) je obvykle 1 - 3 týdny.

Po operaci budete kapat do oka dezinfekční kapky. Do odstranění silikonové kanyly budou nutné pravidelné kontroly očním a ORL lékařem v intervalech 2 - 4 týdnů. Při kontrolách bude Vám/Vašemu dítěti proveden kontrolní průplach slzných cest. Kanyla se odstraní za 3 - 6 měsíců (dle typu operace) buď očním nebo ORL lékařem (budete o tom průběžně informováni).

Po této operaci po dobu hojení se nedoporučuje pobývat v prašném prostředí a koupat se v bazénu či potápět.

Dovoluujeme 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).



Pacient/ka:

Rodné číslo:

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:

Svědék:

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

Svědék:

jméno a příjmení

podpis

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