



# NITROOČNÍ APLIKACE TRIAMU DO SKLIVCOVÉHO PROSTORU

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: \_\_\_\_\_  
(liší-li se od bydliště pacienta(ky))

## Vážená paní, vážený pane,

na základě předchozího vyšetření Vám ošetřující lékař doporučil aplikaci léku TRIAM (triamcinolon acetát) do sklivcového prostoru Vašeho pravého/levého oka.

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

## Důvod provedení výkonu a možnosti léčby/řešení zdravotního problému

Aplikace TRIAM je indikována v případech, kdy v oku vzniká cystoidní makulární edém (otok místa nejostřejšího vidění na sítnici) na podkladě diabetických změn a jiných cévních nebo zánětlivých onemocnění oka, který přetrvává po laserové nebo medikamentózní léčbě a vede ke snížení ostrosti zraku.

Triam je látka, která svým silným protizánětlivým účinkem vede k tlumení zánětu a vstřebání otoku uvnitř oka. Aplikací do nitra oka se snižuje dávka léku, která při celkovém podání je mnohonásobně vyšší a může mít nežádoucí účinky.

Nežádoucí účinky při celkovém podání léku mohou být: nevolnost, zvýšení krevního tlaku, žaludeční a dvanáctníkové vředy, zhoršení cukrovky, zpomalené hojení ran, glaukom (zelený zákal), deprese, řídnutí kostí, ztráty draslíku, zvýšení tělesné hmotnosti, snížená odolnost k infekcím, zvýšené riziko vzniku arteriální i žilní tromboembolické příhody.

## Příprava k výkonu

V případě, že jste alergický/á 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.

Tři dny před operací si budete kapat do obou očí 5x denně antibiotické kapky.

Před vlastní operací Vám sestra nakape do oka kapky na rozšíření zornice, kapky na znecitlivění oka a dezinfekční kapky.

## Postup při výkonu

Lékař Vám přes stěnu oka aplikuje Triam do sklivce. Po zákroku sestra převáže oko sterilním obvazem s antibiotickou masťou.

## Rizika a možné komplikace výkonu

Mezi možná rizika operace patří nezávažný krevní výron pod spojivku oka nebo do víček, mezi vzácné závažné komplikace krvácení do nitra oka, zánět oka, rozvoj šedého zákalu, zvýšení nitroočního tlaku a odchlípení sítnice.

**Chování po výkonu, možná omezení**

Obvaz ponecháte na oku do druhého dne. Doprovod druhou osobou je vhodný. Druhý den po výkonu je nutná kontrola Vaším očním lékařem. O aplikaci kapek, další kontrole a sledování Vás bude informovat ošetřující lékař.

Účinnost léku bude sledována vyšetřením zrakových funkcí a podrobným vyšetřením oka. Po výkonu není nutné vystavení pracovní neschopnosti. V případě potíží nebo změny zdravotního stavu informujte Vašeho ošetřujícího lékaře.

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 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):



## 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:

---

V Plzni dne: \_\_\_\_\_ jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem) ZOK podpis  
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)

---