

ODSTRANĚNÍ NITRA OKA (EVISCERACE)

Pacient/ka: _____ Narozen/a: _____
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojištěnce): _____ / _____ 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,

po podrobném vyšetření Vám doporučil ošetřující lékař odstranit zhnisaný vnitřek Vašeho pravého/levého oka. K provedení tohoto výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu

Hnisavá endoftalmitida - je těžký zánět všech vnitřních vrstev oka, kdy dochází k jeho oslepnutí.

Příčinou může být: infekce zanesená při zranění oka, otvorem rohovky po vředu nebo ránou po operaci oka, krevní cestou do oka při zánětu jinde v těle. Vzhledem k tomu, že tento zánět Vás může ohrožovat i na životě, operace je neodkladná.

Cílem léčby je odstranit těžký, hnisavý zánět všech nitroočních tkání (duhovky, řasnatého tělíska, sklivce a sítnice) a zbavit nemocného bolesti postiženého oka.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Léčba je pouze chirurgická.

Příprava k výkonu

Operace probíhá převážně v celkové anestezii (uspání a znecitlivění), kterou provádí lékař specialista - anesteziolog. Ten Vám při anesteziologickém vyšetření podá o způsobu znecitlivění podrobné informace.

Před operačním výkonem je nutné provést řadu vyšetření, která informují o Vašem celkovém zdravotním stavu. Lékař - internista provede fyzikální vyšetření, zhodnotí výsledky pomocných vyšetření (biochemické vyšetření krve, rentgen plic, elektrokardiograf) a vyjádří se k Vaší způsobilosti podstoupit operaci v celkovém znecitlivění. Předoperační vyšetření krve a interní vyšetření budou nutné.

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.

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 Vám před operací oko a jeho okolí nejprve očistíme dezinfekčním roztokem a celý obličej překryjeme sterilní rouškou s otvorem pro oko. Oční víčka budou přidržována rozvěračem ve správném postavení. Při operaci odstříhneme celou rohovku, pak odstraníme zhnisaný obsah nitra oka, odebereme vzorek hnisu na vyšetření, dále provedeme výplach a dezinfekci nitra oční koule a otvor uzavřeme 1 - 2 stehy. Operaci ukončíme přiložením sterilního tlakového obvazu. Výkon trvá 15 - 20 min.

**Rizika a možné komplikace výkonu**

Operační výkon je jednoduchý a rychlý. Vzácně může dojít k protržení ztenčené stěny oka. Po operaci může dojít k prokrvácení měkkých tkání oka, které do 14 dní samovolně odezní.

Chování po výkonu, možná omezení

Po výkonu zánětlivé projevy měkkých tkání v očnici a bolesti vzniklé ještě před operací rychle ustupují. Obal oční koule a okohybné svaly jsou ponechány. Pahýl po operaci se postupně zmenšuje, rána uzavírá. Po dobu 1 měsíce budou nutné kontroly u Vašeho očního lékaře. Mezi víčka se po 4 - 6 ti týdnech hojení zasouvá oční protéza (náhrada). Tu Vám předepíše Váš ambulantní oční lékař, který Vám také nabídne adresy pracovišť, vyrábějící oční protézy.

Do zhojení stavu není vhodné pobývat v prašném prostředí, koupat se ve vodních nádržích.

Půl roku po vynětí oka nesmíte řídit motorové vozidlo a o další způsobilosti řízení motorového vozidla bude rozhodnuto podle stupně vidění Vašeho druhého oka.

Pracovní neschopnost potrvá 2 - 3 měsíce (do návyku na oční protézu).

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 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).



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:

- 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:

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)