

## OPERACE ŠEDÉHO ZÁKALU - KATARAKTY

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

Narozen/a: \_\_\_\_\_

Rodné číslo (číslo pojištěnce): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Kód ZP: \_\_\_\_\_

Bydliště: \_\_\_\_\_

Zákonný zástupce: \_\_\_\_\_  
titul jméno příjmeníVztah: \_\_\_\_\_  
(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 zjistil šedý zákal (kataraktu) a doporučil jeho chirurgickou léčbu. Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

### Důvod provedení výkonu

Šedý zákal je oční onemocnění, které se projevuje zkalením oční čočky, zhoršením zrakové ostrosti oka a zhoršením kvality života. Častější výskyt je u osob nad 50 let. Ve věku nad 75 let má šedý zákal 70% populace. Jako komplikace může šedý zákal vzniknout po úrazu, po jiných očních operacích (zeleného zákalu, sínice), po zánětech oka, při poruchách látkové výměny (diabetes mellitus), při celkových autoimunitních onemocněních (revmatoidní artritida, lupenka). K rizikovým faktorům vzniku katarakty patří kouření, alkoholismus, UV-B a infračervené záření, ionizující a RTG záření, celkové používání některých léků (kortikosteroidy). Celá řada dědičných i vrozených chorob může způsobit vznik katarakty, jejíž progresse může nastat až v dospělém věku.

### Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Šedý zákal se léčí výhradně chirurgickou cestou převážně v ambulantním režimu. Operaci doporučujeme nejen ke zlepšení vidění, ale i v případě zvýšení nitroočního tlaku, kdy čočka blokuje komorový úhel nebo dále v případě, když zkalená čočka brání v ošetření sítnice laserem. Operaci nedoporučujeme, pokud není naděje na zlepšení vidění, nebo při neuspokojivém celkovém zdravotním stavu pacienta. Při závažném celkovém stavu nebo při komplikovaném nálezu na oku je vhodná krátkodobá hospitalizace. Operace se provádí v místním znecitlivění. Jen u dětí a u nespolupracujících pacientů (klaustrofobie, mentální retardace) je vhodné operaci provést v celkovém znecitlivění (narkóza). **Operaci obou očí najednou neprovádíme.**

Cílem operace je chirurgické odstranění zkalené čočky a její případné nahrazení umělou nitrooční čočkou. Tím se zlepší vidění na operovaném oku, pokud je sítnice a zrakový nerv zdravý. Pokročilé změny při zeleném zákalu (glaukom), věkem podmíněné makulární degeneraci sítnice či diabetických změnách na sítnici mohou výrazně snížit efekt operace.

### Příprava k výkonu

Před nástupem do nemocnice podstoupíte předoperační vyšetření, které Vám zajistí Váš praktický lékař.

V případě, že jste alergická/y na některé léky (tj. jste přecitlivělá(y) např. formou vyrážky, dušnosti apod.), upozorníte na to Vašeho ošetřujícího lékaře. Stejně tak upozorníte na to, zda užíváte protisrážlivé léky (lidově: "na ředění krve"), které je třeba s časovým předstihem vysadit, aby se upravila krevní srážlivost.

3 dny před operací si doma budete kapat předepsané oční kapky s antibiotiky do obou očí.

V den operace (přijetí) na Oční kliniku FN Plzeň budete vyšetřeni lékařem. Sestra Vám nakape oční kapky s antibiotiky a kapky na rozšíření zornice a změní se hodnota vhodné nitrooční čočky. V komplikovaných případech, kdy je nutná příprava pomocí aplikace léků do žíly, můžete být operován/a až následující den.

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukována, publikována a šířena žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.



## Postup při výkonu

Před operací dostanete na oddělení uklidňující léky a na operačním sále Vám operující lékař aplikuje znečítlivující injekci k oku.

Před vlastní operací Vám oko a jeho okolí nejprve očistíme dezinfekčním roztokem. K nosu Vám připevníme kyslíkové brýle (tj. dvě krátké hadičky do nosu napojené na společnou silnější hadičku, která přivádí medicínální kyslík z centrálního rozvodu). Celý obličej Vám pak zakryjeme sterilní rouškou. Oční víčka budou ve správné poloze přidržována rozvěračem. Pokud se budete potřebovat během operace mírně pohnout či odkašlat, musíte operujícího lékaře včas upozornit.

Vlastní zákrok trvá v průměru 30 minut. Způsob operace určí operátor podle typu a sytosti šedého zákalu. Operace šedého zákalu se provádí pod mikroskopem. Malým řezem Vám lékař pomocí ultrazvuku rozmělní a odsaje zkalenou čočku a nahradí ji umělou čočkou, která se zavede do původního pouzdra čočky. Vodotěsně se uzavře rohovková rána nebo se zašije jedním stehem. Poté se na oko aplikují léky s antibiotiky a kortikosteroidy, oko se zaváže sterilním obvazem.

**Lékař vždy rozhodne o vhodnosti typu použití nitrooční čočky po důkladném vyšetření. V případech komplikovaného průběhu operace není implantace (vpravení) nitrooční čočky vždy možná a lékař zváží její zasazení do oka až při další operaci.**

## Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Komplikace během operace šedého zákalu vedoucí ke ztrátě vidění jsou vzácné. Mezi možné komplikace patří defekt v zadním pouzdře, vyřeznutí sklivce, krvácení do přední části oka či pod sítnici a poškození duhovky. K časným pooperačním komplikacím patří přechodné zvýšení nitroočního tlaku, otok rohovky, zánětlivá reakce předního segmentu oka, krvácení nebo zbytky čočkových hmot. Potenciálním pooperačním rizikem je pooperační infekční zánět oka, otok sítnice v místě nejostřejšího vidění, odchlípení sítnice, krvácení pod sítnici, otok a snížení průhlednosti rohovky (bulózní keratopatie). Mezi komplikace, které souvisí s nitrooční čočkou, patří: vychýlení čočky z centrálního postavení, uložení minerálních látek na povrch čočky, vnímání záblesku od čočky při pohybu oka. K pozdějším komplikacím patří vznik druhotného zákalu (přikalení zadního pouzdra čočky), který vzniká od půl roku do 5 let u 50 % pacientů. Druhotný zákal se léčí nejčastěji laserem nebo chirurgickým zákrokem (vystřížením části zadního pouzdra).

## Chování po výkonu, možná omezení

Umělá čočka již zůstává v oku natrvalo. Po operaci budete mít oko zavázané. Vhodné je strávit zbytek dne v klidu na lůžku. Následující den po ambulantním zákroku Vám bude oko rozvázáno a po vyšetření lékařem oko zůstane bez převazu. Pokud operace bude provedena při hospitalizaci, pobyt bude trvat 2-3 dny. Při propuštění Vám lékař předepíše oční kapky, popř. i mast, které budete doma používat. První kontrola po operaci se většinou uskuteční za **7 - 10** dní po propuštění. Další kontroly budou již u spádového očního lékaře.

Po operaci můžete několik dní vidět rozmazaně vlivem aplikovaných kapek. Jako ochranu proti oslnění několik dnů po operaci můžete používat tmavé brýle. Celý proces hojení bude trvat 2 - 4 týdny. K odstranění rohovkového stehu (pokud byl použit), budete pozván(a) za 1 - 2 měsíce.

Po operaci si nesmíte oko mnout, plavat, potápět se, sportovat, pobývat v prašném prostředí, zvedat těžká břemena, provádět činnost v předklonu. Ošetřující lékař Vám určí, zda jste z očního hlediska schopni řídit motorové vozidlo.

Pokud by nastaly náhlé změny ve vidění nebo by se objevila bolest či zarudnutí oka, navštivte neprodleně svého spádového očního lékaře. V případě, že by tyto **potíže vznikly náhle ve večerních hodinách či o víkendu, dostavte se k vyšetření na pohotovostní ambulanci naší kliniky.**

Dočasná pracovní neschopnost záleží na druhu vykonávané práce: kancelářská práce je možná již za 5 - 14 dní, u fyzicky namáhavých zaměstnání trvá neschopnost 3 - 5 týdnů. Pokud je to nutné, předepíšeme brýle přibližně za 4 - 6 týdnů po operaci.

## Informace o implantovaném zdravotnickém prostředku

Podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku Vám bude poskytnuta formou samostatné přílohy k tomuto písemnému informovanému souhlasu.

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



Pacient/ka: .....

Rodné číslo: .....

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):

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)

**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: .....

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:

---

jménovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

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

---