

FOTODYNAMICKÁ TERAPIE S VERTEPORFINEM (Visudyne)

Vážená paní, vážený pane,

na základě předchozího vyšetření Vám ošetřující lékař zjistil onemocnění sítnice. K léčení Vašeho onemocnění doporučil fotodynamickou léčbu s verteporfinem (léčivo Visudyne). K provedení tohoto výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme poskytnout následující informace.

Tento zákrok se provádí tak, že po dobu 10 minut podáme léčivo (roztok verteporfinu) do žíly. Léčivo pronikne krevní cestou do oka a hromadí se v místě postižené cévnatky. Po následném ozáření tohoto místa laserem (svazek světelných paprsků s určitou vlnovou délkou) dojde ke světlem navozené chemické reakci uvnitř novotvořených cév cévnatky a sítnice a k jejich uzavření. Tím se omezí nebo zastaví rozvoj onemocnění, krvácení a otok na sítnici.

Zklidnění nálezu nemusí být trvalé, proto se po 3 měsících provádí kontrolní oční vyšetření k posouzení případné další léčby.

Důvod provedení výkonu

Fotodynamická terapie s verteporfinem je indikovaná u:

- 1) vlhké formy věkem podmíněné degenerace sítnice (degenerativní onemocnění sítnice spojené s nitroočním krvácením a otokem na sítnici v místě žluté skvrny, která zajišťuje nejostřejší vidění),
- 2) u chorobné krátkozrakosti, některých nitroočních zánětlivých a cévních onemocnění, u kterých může dojít ke vzniku vlhké formy degenerace sítnice.

Možnosti léčby/řešení zdravotního problému

Možností léčby podle formy a závažnosti onemocnění je nitrooční podání léků, laserová léčba, případně kombinace těchto metod.

Příprava k výkonu

Doba přípravy je individuální, činí zhruba 60 minut a vyžaduje rozšíření zornice a znecitlivění povrchu oka pomocí kapek, které Vám bude sestra v ambulanci opakovaně podávat. Je nutné předchozí interní vyšetření se souhlasem k celkovému podání verteporfinu.

V případě, že jste alergický na některé léky, upozorněte na to Vašeho ošetřujícího lékaře.

K zákroku se dostavte s doprovodem.

Postup při výkonu

Po přípravě a podání verteporfinu do žíly se posadíte před laserový přístroj a opřete si čelo a bradu o opěrky. Lékař Vám nasadí zevně na oko speciální čočku a pak pomocí viditelného laserového paprsku provádí léčbu sítnice. Laserový paprsek působí 83 vteřin.

Velmi důležité je, abyste během výkonu nepohyboval/a okem ani hlavou.

Po zákroku si ihned nasadíte ochranné brýle, které dostanete od sestry.

Rizika a možné komplikace výkonu

Možným nežádoucím účinkem je přechodná porucha vidění, bolest v zádech a na hrudi, zvýšená hladina cholesterolu, zvýšený krevní tlak. Výjimečně se mohou vyskytnout alergické reakce projevující se vyrážkou, svěděním, dušností, bolestí hlavy, pocením.

Jestliže léčivo uniká z cévy během injekce, můžete pociťovat bolest v místě vpichu. V těchto místech může vzniknout vyrážka a kůže by zde měla být po několik dnů chráněna před sluncem.

Chování po výkonu, možná omezení

Po výkonu není vhodné řízení motorového vozidla.

Podané léčivo (verteporfin) způsobí, že budete po dobu 24 - 48 hodin po injekci mimořádně citlivý/á na světlo. Při pobytu na ostrém světle (např. slunci či pod výjimečně silnými zářivkami) u Vás může vzniknout závažná reakce (jako těžké popáleniny sluncem.) Přizpůsobte tomu svůj oděv během cesty na naši kliniku v den léčby.

Během 1 - 2 dnů po léčbě se doporučuje zůstat doma a před sluncem si chránit kůži oděvem a oči pomocí ochranných brýlí, které obdržíte v den zákroku. Po dobu následujícího týdne odložte, pokud je to možné, návštěvu zubního či jiného lékaře, u kterého je nutné vyšetření při prudkém světle.

V případě potíží nebo změny zdravotního stavu informujte Vašeho ošetřujícího lékaře.

Prohlášení

Byl/a jsem podrobně seznámen/a u plánovaného zdravotního výkonu se všemi alternativami léčby, s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní neschopnosti po výkonu, 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.

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 navrhaným postupem.

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.

Pacient/ka: Rodné číslo:

titul příjmení jméno

Zákonný zástupce: Příbuzenský vztah:

titul příjmení jméno

V Plzni dne v hodin
podpis pacienta/pacientky nebo zákonného zástupce

Lékař/ka provádějící poučení:
titul příjmení jméno podpis

Vyplňte v případě, že pacient/ka nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav poučení podepsat (např. úraz horní končetiny):
Současný zdravotní stav pacienta/pacientky nedovoluje, aby podepsal/a informovaný souhlas, protože:

Způsob projevu vůle (souhlasu):

kývnutím hlavy gestem: očima jinak:

Svěddek:
titul příjmení jméno podpis