

OPERACE RETENČNÍ CYSTY SPOJIVKY

Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

na základě předchozího vyšetření Vám/Vašemu dítěti ošetřující lékař doporučil vynětí cysty (dutinky vyplněné tekutinou) spojivky z Vašeho pravého/levého oka.

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

Důvod provedení výkonu

Jde o kulovitý dutý útvar spojivky, vyplněný čirou tekutinou, který je chirurgicky odstraňován při jeho velkých rozměrech, které vyvolávají pocit tlaku, způsobují potíže při aplikaci měkké kontaktní čočky nebo vadí kosmeticky.

Možnosti léčby/řešení zdravotního problému

Bez chirurgického zásahu se většinou pacient cystického útvaru nezbaví. Pouhé vyprázdnění útvaru po jeho předchozím otevření např. vpichem jehly bývá nedostatečné, protože malý otvor se za určitou dobu zalepí a cysta se znovu naplní.

Příprava k výkonu

Operaci provádíme za hospitalizace (pobytu na lůžku v nemocnici).

Před nástupem do nemocnice podstoupíte interní předoperační vyšetření (provede specialista na choroby vnitřní). Toto vyšetření Vám zajistí Váš praktický lékař. Lékař zhodnotí výsledky interního vyšetření a vyjádří se k Vaší způsobilosti podstoupit místní či celkové znecitlivění. V případě, že jste alergická/ý (projevy přecitlivělosti, např. vyrážka, dušnost apod.) na některé léky, upozorněte na to Vašeho ošetřujícího lékaře. Stejně tak upozorněte na to, zda berete protisrážlivé léky (na tzv. ředění krve), které je třeba s časovým předstihem vysadit, aby se upravila krevní srážlivost.

Postup při výkonu

Před operací Vám bude sestra kapat do postiženého oka dezinfekční kapky. Před vlastním operačním zákrokem Vám sestra aplikuje (podá) do svalu injekci se zklidňujícím lékem.

Na operačním sále Vám bude oko a jeho okolí nejprve očištěno dezinfekčním roztokem, k nosu Vám budou připevněny „kyslíkové brýle“ (přívod kyslíku do nosních průduchů cestou dvou krátkých trubiček na přírodní trubici). Celý obličej pak bude přikryt operační rouškou. Oční víčka jsou ve správné poloze přidržovány nástrojem. Pod mikroskopem lékař po nastřížení spojivky izoluje (odhalí) cystu a odstraní ji. Poté ránu spojivky sešije. Do oka aplikujeme mast s antibiotikem a oko kryjeme sterilním obvazem. Výkon trvá obvykle 30 - 45 min.

Rizika a možné komplikace výkonu

Po operaci může být oko drážděné, můžete mít pocit tlaku, slzení a pálení oka. Spojivkové stehy Vám budou odstraněny za 5 - 7 dní po výkonu.

Možné operační komplikace výkonu jsou krvácení do spojivky, uvolnění stehů spojivkové rány, alergie na léky. Krvácení má jen vedlejší kosmetický efekt a do 2 týdnů spontánně (samovolně) odezní. Při alergické reakci se vysadí léky, které alergii způsobily a nasadí se léky na tlumení vzniklých potíží.

Chování po výkonu, možná omezení

Doba pobytu v nemocnici je 3 - 5 dnů. V domácím ošetření budete muset dodržovat léčebný režim stanovený ošetřujícím lékařem, kapat kapky do oka a dostavíte se na kontrolu v daný termín. Po zhodnocení charakteru Vašeho povolání může být rozhodnuto o vystavení dočasné pracovní neschopnosti. Po dobu hojení nedoporučujeme řídit motorové vozidlo, protože může být přechodně zhoršeno vidění operovaného oka. Dále nedoporučujeme koupání v bazénech a pobyt v prašném prostředí, aby nedošlo k druhotnému zánětu operační rány.

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 navrhovaným 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:

Svěděk:
titul příjmení jméno podpis