

FILTRAČNÍ OPERACE ZELENÉHO ZÁKALU (glaukomu) - TRABEKULEKTOMIE

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, vážení rodiče,

na základě předchozího vyšetření Vám/Vašemu dítěti ošetřující lékař doporučil provedení operace zeleného zákalu pravého/levého oka.

Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu

Úkolem operace je snížit nitrooční tlak, který ohrožuje zrak. Operačně se vytvoří náhradní otvůrek v bělímě a v duhovce. Ten umožní snadnější odtok nitrooční tekutiny pod spojivku a tím dojde ke snížení očního tlaku. V případě komplikovaného glaukomového onemocnění Vám může operátor navrhnout použití speciálních látek nebo implantátů zabraňujících rychlému jizvení.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Operaci provádíme v případě, že dosavadní léčba očními kapkami nebo laserem (světelným paprskem) nevede k účinnému snížení nitroočního tlaku.

Příprava k výkonu

Před nástupem do nemocnice podstoupíte předoperační vyšetření, které vám zajistí praktický lékař. Budete si kapat předepsané oční kapky.

V případě, že jste alergický/á na některé léky (tj. přecitlivělý/á např. formou vyrážky, dušnosti apod.), upozorněte na to lékaře. Stejně tak upozorněte na to, zda používáte protisrážlivé léky (léky na ředění krve), které je třeba s časovým předstihem vysadit, aby se upravila srážlivost krve.

Tento výkon provádíme převážně v místní anestézii (zncitlivění). Půl hodiny před výkonem Vám sestra aplikuje do svalu zklidňující látku, která zároveň působí i proti bolesti. Výjimečně u dětí a nespolupracujících pacientů je vhodná operace v celkovém zncitlivění (narkóze), kterou podává lékař specialista – anesteziolog. Ten Vám při anesteziologickém vyšetření podá o způsobu zncitlivění podrobné informace.

Před výkonem v celkovém zncitlivění nesmíte v den operace od půlnoci jíst, pít ani kouřit.

Postup při výkonu

Operace se provádí v místním zncitlivění pod mikroskopem asi 30 - 50 minut v závislosti na způsobu vedení operace.

Půl hodiny před výkonem dostanete tabletku na uklidnění a injekci proti bolesti. Na operačním sále Vám bude sestra kapat do operovaného oka zncitlivující kapky a lékař Vám na operačním sále aplikuje (podá) zncitlivující injekci k oku. Před vlastní operací Vám bude oko a jeho okolí nejprve očištěno dezinfekčním roztokem, k nosu Vám budou nasazeny kyslíkové brýle a celý obličej pak bude překryt sterilní rouškou. Oční víčka budou ve správné poloze přidržována rozvěračem. Na závěr operace Vám bude na oko přiložen sterilní krycí obvaz.

Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Během operace a po ní může ojediněle dojít k těmto komplikacím: krvácení pod spojivku a do nitra oka, k zánětu, k odchlípení cévnatky, ke zhoršení vidění či výkyvům nitroočního tlaku. Při nepříznivém průběhu Vašeho onemocnění nelze zcela zaručit, že s odstupem času nedojde ke zhoršení nálezu a nebude tak nutná další operace.

Chování po výkonu, možná omezení

Pobyt v nemocnici je 7 - 10 dní, další léčba bude probíhat ambulantně. Po operaci na doporučení ošetřujícího lékaře budete si kapat do operovaného oka oční kapky a pravidelně chodit na kontroly. Spojivkové (povrchové) stehy Vám budou odstraněny za 6 - 10 dní po operaci. Nedoporučujeme pobývat v prašném prostředí a koupat se např. v bazénu, aby do oka nevnikla infekce. Pracovní neschopnost potrvá 1 - 3 měsíce v závislosti na pracovním prostředí a typu vykonávané práce.

Pokud by Vás oko náhle začalo bolet, zarudlo, změnila se kvality vidění, musíte neprodleně navštívit svého očního lékaře (ve večerních hodinách nebo o víkendu pohotovost Oční kliniky).

Informace o implantovaném zdravotnickém prostředku

1. Healaflow: izotonický, sterilní, chemicky čistý gel, viskoelastický, čirý, bezbarvý a průhledný. Obsahuje hyaluronát sodný, který není živočišného původu. Během operace se aplikuje ze stříkačky pod spojivku nebo pod sklerální lalok, aby byla zachována dynamická rovnováha mezi tvorbou očního moku a jeho postupným odváděním.

Healaflow je kontraindikován: v případě přecitlivělosti na kyselinu hyaluronovou, při autoimunním onemocnění, při uveitidách, u těhotných a kojících žen, u mládeže pod 18 let, v případě onemocnění streptokokem.

Pacient musí dodržovat následující pokyny: nemnout si operované oko, vyhnout se nadměrné fyzické námaze, provozování kontaktních sportů s rizikem poranění oka, vyhnout se koupání po dobu 3 týdnů následujících po chirurgickém zákroku.

2. Ologen: kolagenová látka, která se během operace aplikuje pod spojivku. Zabraňuje jizvení, ovlivňuje hojení rány, pomáhá udržovat dutinu, do které odtéká nitrooční tekutina po operaci. Má porózní strukturu. Je vyrobena z prasečí kůže chemickým zpracováním. Je kontraindikován u těhotných žen, dětí a u pacientů s alergií na prasečí kůži.

3. Ahmedův (Moltenův) implantát: je určen pro léčbu nezvládnutelných glaukomů, kde všechna dřívější léčba selhala nebo dle zkušenosti nepovede k uspokojivým výsledkům. Mezi takovéto glaukomy patří neovaskulární glaukom (patologické cévy vrůstají do odtokových cest), primární glaukom otevřeného úhlu nereagující na léčbu, vrozený nebo juvenilní glaukom a komplikované glaukomy např. po zánětech.

Jde o záklopkový drenážní implantát sloužící k regulaci nitroočního tlaku. Skládá se z tenké silikonové trubičky s polypropylenovou chlopní, která se našívá na povrch oka (pod spojivku), kde zůstává již trvale. Trubička je zavedena do přední (zadní) komory oka otvůrkem v bělímě, tak brání jeho uzavření a tím zajišťuje trvalý a dostatečný odtok nitrooční tekutiny pod spojivku.

Komplikace: otok rohovky, rohovkový dotek, srůsty, obnažení sklerálního štěpu, odchlípení cévnatky, krvácení, uzavření trubičky, odchlípení sítnice.

4. Mitomycin C, 5-Fluorouracil: vysoce účinné sterilní chemické látky, které potlačují růst buněk pojivové tkáně, proto se používají ve velkém ředění. Aplikují se nanesením na sterilní houbičku, která se na určitou dobu uloží mezi spojivku a bělimu nebo mezi lamely bělimy. Potom se povrch oka opláchně sterilním fyziologickým roztokem a operace pokračuje běžným způsobem.

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)

By/la jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

By/la 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).



Pacient/ka:

Rodné číslo:

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, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují.

Nezamířel/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti 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 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.

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).

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta s omezenou svéprávností) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVÉPRÁVNOSTÍ K VYSLOVENÍ SOUHLASU:

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

- Pacient/ka **je** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
- Pacient/ka **není** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

V Plzni dne: v hodin

.....
podpis pacienta/ky (podpis zákonného zástupce)

Vyplňte v případě, že pacient/ka je způsobilý/á k udělení souhlasu, ale nemůže se s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):

Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:



Pacient/ka:

Rodné číslo:

Náhradní způsob projevu vůle (souhlasu):

kývnutím hlavy gestem: očima jinak:

Svěděk:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresu a datum narození)

.....
Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmít/a souhlas podepsat:

Pacient/ka (zákonný zástupce) odmít/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 Plzeň, uveďte se adresu a datum narození)