



# IMPLANTACE NITROOČNÍ ČOČKY PO PŘEDCHOZÍ OPERACI

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

Rodné číslo (číslo pojistěnce): ..... / ..... 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 voperování nitrooční umělé čočky do Vašeho pravého/levého oka.

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

Pokud jste se již dříve podrobil/a operaci odstranění zkalené čočky a doposud nosil/a brýle ke korekci (úpravě) svého vidění, můžeme Vám druhotně voperovat do oka umělou nitrooční čočku. Způsob operace se liší od umístění umělé čočky v oku (do přední komory oka, do zadní komory oka nebo závěsem). To závisí od anatomických poměrů v oku po předchozích operacích, úrazech či zánětech.

## Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Nošení brýlové korekce, popřípadě měkké kontaktní čočky je alternativou k operaci. Cílem operace je snížit refrakční rozdíl mezi očima a navodit binokulární („dvouoké“) prostorové vidění.

## Příprava k výkonu

Operace se běžně provádí v lokálním (místním) znecitlivění. Ráno se můžete lehce nasnídat a vzít léky. V některých případech je nutno operaci provést v celkovém znecitlivění: třes hlavy, dětský věk, klaustrofobie. Operaci v celkové anestezii (znecitlivění, usnutí) podává lékař specialista – anesteziolog. Ten Vám při anesteziologickém vyšetření podá o způsobu znecitlivění podrobné informace. Před výkonem v celkovém znecitlivění v den operace nesmíte od půlnoci jíst, pít ani kouřit.

Před nástupem do nemocnice podstoupíte interní (provede specialista na choroby vnitřní) předoperační vyšetření, které Vám zajistí Váš praktický lékař. Lékař zhodnotí výsledky 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 a kapky, které Vám rozšíří zornici. Před vlastním operačním zákrokem Vám sestra aplikuje (podá) do svalu injekci se zklidňující látkou.

Na operačním sále Vám bude oko a jeho okolí nejprve očištěno dezinfekčním roztokem. Při místním znecitlivění Vám budou k nosu připevněny kyslíkové brýle (přívod kyslíku do nosních průduchů cestou dvou krátkých trubiček na přívodní trubici). Celý obličej pak bude přikrytý operační rouškou s otvorem pro oko. Oční víčka budou ve správné poloze přidržována nástrojem. Operace bude trvat přibližně 0,5 hodiny. Během operace lékař pod mikroskopem provede řez na rohovce, kterým zavede do nitra oka umělou čočku a zajistí její případnou fixaci (upevnění).

**Rizika, následky a možné komplikace výkonu**

Nejčastější operační komplikací je krvácení v místě vpichu injekce a řezu do oka, které nemůže být během výkonu ovlivněno ani Vámi, ani operátorem. Mírná bolest, škrábání v oku a slzení patří mezi přiměřené reakce v prvních pooperačních dnech. Po operaci můžete mít přechodně zvýšený nitrooční tlak, který se upraví pomocí očních kapek. Vzácně se může objevit infekční nebo alergická reakce.

Výsledná zraková ostrost může zůstat i po úspěšné operaci snížena. Všechno závisí na trvání nemoci, předoperačním nálezu a osobité (individuální) reakci Vašeho organismu. Celková doba rehabilitace (obnovení) zraku může trvat pár týdnů. Voperovaná umělá čočka umožňuje dobré vidění jen do dálky, proto do blízka na čtení budete potřebovat brýle, které Vám předepíše spádový oční lékař po ustálení očního nálezu zhruba za 4-6 týdnů po operaci.

**Chování po výkonu, možná omezení**

Doba pobytu v nemocnici se pohybuje mezi 2-3 dny. V domácím ošetření budete muset dodržovat léčebný režim stanovený ošetřujícím lékařem, kapat kapky do oka a dostavit se na kontrolu v daném termínu.

Délka pracovní neschopnosti se pohybuje v rozmezí několika týdnů.

**Po operaci si nesmíte oko mnout, plavat, potápět se, sportovat, pobývat v prašném prostředí, neprovádět těžkou fyzickou práci a řídit motorové vozidlo po dobu, kterou Vám určí lékař. Vlivem aplikovaných kapek po operaci může být vidění operovaného oka přechodně zhoršené.**

**Nevadí chůze, provádění běžných každodenních úkonů, dívání se na televizi, čtení či práce s počítačem. Venku se doporučuje nosit tmavé brýle (operované oko je citlivější na jasné světlo, ale nošení brýlí neovlivní hojení oka). Doporučuje se spát na zádech a na straně neoperovaného oka.**

**Informace o implantovaném zdravotnickém prostředku**

Typ nitrooční čočky oční chirurg volí dle zachovalých nitroočních struktur oka, na které se čočka může uložit nebo zafixovat.

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 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, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují.

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.



Pacient/ka: .....

Rodné číslo: .....

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:**

**Náhradní způsob projevu vůle (souhlasu):**

kývnutím hlavy       gestem: .....       očima       jinak: .....

Svěděk: .....

.....  
jméno a příjmení

.....  
podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, 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 Plzeň, uveďte se adresa a datum narození)