

CYKLOKRYOKOAGULACE NEBO CYKLOFOTOKOAGULACE

Pacient/ka: Narozen/a:

titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojištěnce): / Kód ZP:

Bydliště:

Zákonný zástupce: Vztah:

titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)

Narozen/a: Bydliště:

(liši-li se od bydliště pacienta/ky)

Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

na základě předchozího vyšetření Vám ošetřující lékař doporučil provedení operace zaměřené na snížení nitroočního tlaku na Vašem pravém/levém oku (operace zeleného zákalu).

Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, 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

Vysoký nitrooční tlak v oku způsobený hromaděním nitrooční tekutiny vede ke stavu, kdy dochází k postupnému zhoršování zorného pole, vidění, až ke slepotě, dále může být oko drážděné a bolestivé.

Cílem této operace je snížit nitrooční tlak na takovou hodnotu, při které by nedocházelo ke zhoršování onemocnění. Již vzniklé změny v zorném poli a pokles vidění operace nezlepší, může zmírnit ev. zastavit další progresi choroby.

Alternativy (možnosti) výkonu / léčby

Snížení nitroočního tlaku můžeme docílit částečnou destrukcí řasnatého tělíska (část oka, která produkuje nitrooční tekutinu) několika způsoby:

1. Pomražením povrchu oka v místě lokalizace řasnatého tělíska speciální sondičkou (cyklokryokoagulace).
2. Působením světelných paprsků určité vlnové délky (diodový laser) v místě lokalizace řasnatého tělíska přiložením speciální sondičky (cyklofotokoagulace).
3. Kombinací obou metod.

Příprava k výkonu

Před plánovaným operačním výkonem absolvujete předoperační vyšetření u svého praktického či interního lékaře, který se vyjádří k Vaší způsobilosti podstoupit místní nebo celkové znecitlivění.

V případě, že jste alergická/ý na některé léky (tj. např. formou vyrážky, dušnosti atd.), upozorněte na to Vašeho ošetřujícího lékaře. Stejně tak upozorněte na to, zda užíváte léky s protisrážlivým účinkem (vyjádřeno lidově „na ředění krve“), které je třeba s časovým předstihem vynechat, aby se upravila krevní srážlivost.

Operaci provádíme nejčastěji v místním znecitlivění (celkové znecitlivění – narkóza, uspání – je nutná jen výjimečně u dětí nebo nespolupracujících pacientů), proto je možné se před operací nasnídat a vzít léky, které trvale užíváte.

Postup při výkonu

Asi půl hodiny před operací Vám sestra aplikuje do svalu injekci se zklidňující látkou, která zároveň působí i proti bolesti. Na operačním sále Vám bude sestra kapat do operovaného oka znecitlivující kapky a lékař aplikuje vedle oka znecitlivující látku, která zajistí bezbolestný průběh.

Před vlastní operací Vám bude oko a jeho okolí nejprve očištěno dezinfekčním (protibakteriálním) roztokem, celý obličej pak bude překryt sterilní (bezinfekční) rouškou. Oční víčka budou ve správné poloze přidržována rozvěračem, takže nehrozí nebezpečí, že byste operaci narušil/a mrknutím. Potom lékař přiloží na povrch oka sondičku a několik vteřin povrch oka pomrazí. Na závěr operace Vám bude na oko přiložen krycí obvaz s antibiotickou (protibakteriální) mastí. Délka operace je asi 10 minut.

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukovány, publikovány a šířeny žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.

**Rizika, následky a možné komplikace výkonu**

Během operace může ojediněle dojít ke krvácení do nitra oka. Po operaci se může objevit zákrokem vyvolaný (reaktivní) zánět, zhoršené vidění a výkyvy nitroočního tlaku. Tyto komplikace budeme řešit podáním léků na snížení nitroočního tlaku, proti bolesti a zánětu.

Při nepříznivém průběhu onemocnění nelze zcela zaručit, že s odstupem času nedojde k dalšímu zhoršování onemocnění a nebude tak nutná další operace.

Chování po výkonu, možná omezení

Po operaci budete ještě několik dnů hospitalizován/a. Další léčba bude probíhat ambulantně.

Po propuštění musíte dodržovat doporučený léčebný režim, pravidelně kapat do operovaného oka oční kapky, aplikovat masti a dostavit se na kontrolu dle doporučení ošetřujícího lékaře (první kontrola do 7 - 10 dní po propuštění). V případě provedení výkonu ambulantně, je nutná kontrola hned následující den po výkonu. Pokud dojde ke zhoršení vidění, zvýšení bolestivosti a zarudnutí oka, větší než bylo při propuštění, doporučujeme ihned vyhledat vyšetření u svého spádového očního lékaře. Pokud tyto potíže vzniknou večer nebo o víkendu, pak bude akutní kontrola provedena u nás na klinice.

Po dobu pracovní neschopnosti nesmíte plavat, potápět se, pobývat v prašném prostředí, nosit kontaktní čočky, řídit motorové vozidlo.

V časném pooperačním období může být Vaše operované oko citlivější na světlo – pak je vhodné nosit tmavé brýle. Nošení tmavých brýlí však hojení oka neovlivňuje. Vlivem aplikovaných kapek po operaci může být vidění operovaného oka přechodně zhoršeno, ale jde jen o určitou funkční poruchu, bez škodlivého vlivu na budoucí stav operovaného oka.

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)

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.

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).



Pacient/ka:

Rodné číslo:

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 SVÉPŘÁVNOSTÍ 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) 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 adresa a datum narození)