

OPERACE BLEFAROCHALÁZY – DERMATOCHALÁZY

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 ošetřující lékař doporučil chirurgické odstranění přebytku kůže nad Vaším pravým/levým okem.

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

Blefarochaláza nebo dermatochaláza je způsobena změnami, vznikajícími ve starším věku. V důsledku ochabnutí kůže a podkoží dochází ke vzniku přebytku kůže horního víčka, který visí nad jeho okrajem a může omezovat zorné pole. Pokud budeme tento výkon provádět z kosmetické indikace, pacient si hradí operaci sám. Zdravotní indikace tohoto výkonu je vyhrazena pacientům s omezeným zorným polem. V tomto případě příslušná zdravotní pojišťovna vydává souhlas s úhradou výkonu na podkladě prokazaného omezení zorného pole. Stav ochabnutí kůže víček se může s věkem opakovat.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Jedinou možnou léčbou je chirurgické odstranění.

Příprava k výkonu

Operace se provádí v lokální anestezii (místní znecitlivění). Je nutné provést předoperační vyšetření krve a interní vyšetření. V případě, že jste alergický/á (Vaše přecitlivělost se projevuje např. vyrážkou, dušností apod.), upozorníte na to Vašeho ošetřujícího lékaře. Stejně tak upozorníte na to, zda berete protisrážlivé léky (tzv. na ředění krve), které je třeba s časovým předstihem vysadit, aby se upravila krevní srážlivost.

Před operací se můžete lehce nasnídat a vzít pravidelně užívané léky.

Postup při výkonu

Po očištění kůže dezinfekčním roztokem překryje lékař Váš obličej sterilní rouškou. Pod rouškou budete mít kyslíkové brýle (přívod do nosních průduchů dvěma krátkými trubičkami), aby byl zajištěn dostatečný přívod kyslíku. Poté lékař vpraví do podkoží pomocí injekční stříkačky znecitlivující lék. Tužkou označený přebytek kůže odstříhne a ránu sešije. Po operaci Vám lékař na rány aplikuje speciální náplast Steristrip, eventuálně provede úpravu měkkých tkání víčka a přiloží sterilní obvaz na operované oko. Výkon na obou očích trvá cca do 1 hodiny.

Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Po operaci se může v okolí rány objevit v různém rozsahu modřina a otok víček, které přirozenou cestou vymizí během několika dní. V ojedinělých případech otoky víček a modřiny mohou trvat i několik týdnů v důsledku lymfatické stázy a pomalejšího hojení.

Rána po výkonu se hojí kožní jizvou. K operačním komplikacím patří velmi vzácně infekce rány (léčí se antibiotiky) nebo alergie na léky. Eventuální nedostačující efekt výkonu se může řešit další operací (reoperací).

Vzácně může dojít např. vlivem komplikovaného hojení rány ke vzniku přílišného efektu výkonu, vedoucího ke vzniku nedovírání víček (mírné nedovírání těsně po výkonu je však běžné). Řeší se nejčastěji přechodnou aplikací kapek a očních gelů, bránících osychání povrchu oka a masážími kůže víček, vedoucími k postupné úpravě stavu. Vzácně může dojít k hojení keloidní jizvou (hrubou jizvou). Pak může dojít k deformaci jizvy a zhoršení kosmetického efektu operace.

Chování po výkonu, možná omezení

Po operaci je vhodné přikládat suché studené obklady, eventuálně je-li třeba užívat léky tišící bolest. Následující den je obvykle plánována kontrola. Do odstranění stehů si budete na ránu 3x denně aplikovat doporučenou antiseptickou mast (s dezinfekčním přípravkem). Stehy Vám budou odstraněny cca za 7 dní po výkonu.

Pacientovi po operaci doporučujeme klidový režim a pracovní neschopnost v délce 7-10 dní dle profesního zařazení.

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 nevyklučují.

Nezamlčel/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 беру на 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.



Pacient/ka:

Rodné číslo:

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVĚPRÁVNOSTÍ 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)