

# OPERACE NEZHOUBNÝCH ÚTVARŮ OČNÍCH VÍČEK, SPOJIVKY, ROHOVKY

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: .....  
(liši-li se od bydliště pacienta/ky)

Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

na základě předchozího vyšetření Vám ošetřující lékař doporučil odstranění kožních útvarů (dermoidů, atheromu, basaliomu, hemangiomu, veruky, xanthelazma, melanózy, fibromu, molusca apod.) a spojivkových útvarů (névus, papilom, srůsty, nádorek, cysta) v oblasti Vašeho pravého/levého oka.

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

Útvary kůže, spojivky nebo rohovky, které brání ve vidění, dráždí oko nebo pacienta jinak obtěžují, a proto je vhodné je chirurgicky odstranit. V některých případech je prováděno i histologické vyšetření ke stanovení diagnózy a určení dalšího léčebného postupu. Dle výsledku může následovat další léčba v podobě chemoterapie např. Mitomycinem C v kapkách, pomražení původního místa růstu útvaru či jeho ozáření.

## Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Jedinou spolehlivou a bezpečnou metodou (možností) je odstranění útvaru chirurgicky.

## Příprava k výkonu

Většinu operačních výkonů provádíme v místním znecitlivění, jen u dětí a u větších a hluboce uložených útvarů volíme celkovou anestezii (znecitlivění a uspání), kterou podává lékař specialista - anesteziolog. Ten Vám při anesteziologickém vyšetření podá podrobné informace o celkové anestezii. Před výkonem podstoupíte předoperační vyšetření krve a interní vyšetření. V případě, že jste alergická/ý na některé léky (tj. přecitlivělý/á např. formou vyrážky, dušnosti apod.), upozorněte na to Vašeho ošetřujícího lékaře. Stejně tak upozorněte na to, zda užíváte protisrážlivé léky (léky „na ředění krve“), které je vhodné s časovým předstihem vysadit, aby se upravila krevní srážlivost.

## Postup při výkonu

Po dezinfekci kůže provede chirurg kožní nebo spojivkový řez, uvolní útvar od okolní tkáně, vyjme ho a sešije ránu stehy, popřípadě zavede do rány drén (prostředek k zajištění odtoku tekutých výměšků, 2 rány, po nejnutnější dobu). Na ránu aplikuje sterilní (bezinfekční) obvaz s dezinfekční mastí.

Výkon obvykle trvá půl až 1 hodinu.

## Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Po operaci může vzniknout otok a prokrvácení víčka nebo spojivky, které spontánně obvykle do týdne odezní. Velmi vzácně může dojít k zánětlivé komplikaci. Ta je pak řešena při akutním kontrolním vyšetření podáváním antibiotické léčby anebo i jinými speciálními způsoby po pohovoru s očním lékařem.

**Chování po výkonu, možná omezení**

Týden po operaci Vám budou odstraněny stehy a sdělíme Vám výsledek histologického vyšetření. Pracovní neschopnost obvykle trvá 7 dní. Do zhojení rány Vám nedoporučujeme ránu namáčet ve vodě, pobývat v prašném prostředí, řídit motorové vozidlo.

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).**

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.



Pacient/ka: .....

Rodné číslo: .....

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: .....

Svědék: .....

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

Svědék: .....

jméno a příjmení

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