

## OPERACE ODCHLÍPENÍ SÍTNICE

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

Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

na základě předchozího vyšetření Vám lékař zjistil odchlípenou sítnici 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

Jde o závažné oční onemocnění, jehož příčinou může být trhlina v sítnici či tah chorobně změněného sklivce. Trhlina v sítnici vzniká na předem chorobně změněných (ztenčených) místech sítnice při běžných pohybech oka a běžných lidských činnostech. Nepřiměřená námaha není příčinou odchlípení sítnice. Odchlípení sítnice může vzniknout i po tupém nebo po pronikajícím poranění oka.

Cílem operace je uzavřít defekty v sítnici, přiložit sítnici a zlepšit vidění pacienta.

### Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Odchlípení sítnice se léčí výhradně chirurgickou cestou, neléčené odchlípení sítnice vede v naprosté většině případů k oslepnutí oka.

### Příprava k výkonu

Operace se provádí buď v celkové anestezii (zncitlivění, uspání) nebo v lokálním (místním) zncitlivění (v závislosti na rozsahu odchlípení sítnice a na Vašem celkovém zdravotním stavu). Celkovou anestezii podává lékař specialista – anesteziolog. Ten Vám při anesteziologickém vyšetření podá o způsobu zncitlivění podrobné informace. Před výkonem 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 celkové zncitlivění. V případě, že jste alergická/y (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.

Na operačním sále Vám bude oko a jeho okolí nejprve očištěno dezinfekčním roztokem. Při místním zncitlivění Vám budou k nosu připevněny kyslíkové brýle (přívod kyslíku do nosních průduchů cestou dvou krátkých trubiček na přívodné trubici). Celý obličej pak bude přikrytý operační rouškou. Oční víčka budou ve správné poloze přidržována rozvěračem. Operace bude trvat přibližně 1,5 hodiny v závislosti na rozsahu odchlípené sítnice. Během operace lékař zjistí umístění sítnicové trhliny. Její uzávěr provede silikonovou plombou, kterou nevstřebatelnými stehy přišije zevně na bělimu. Vpáčením skléry a cévnatky se přiblíží k pigmentovému epitelu odchlípené sítnici a uzavře defekt sítnice. V indikovaných případech současně se silikonovou plombou se na skléru našije cerklázní pásek, nebo se vstříkne do sklivcového prostoru vzduch či expanzivní (roztažný) plyn. V případech použití plynu musíte dodržovat po operaci polohu, kterou Vám operatér určí, většinou polohu na břiše.

**Rizika, následky a možné komplikace výkonu**

Nejčastější operační komplikací je krvácení pod sítnici do oblasti zadního pólu 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. Pokud bude při operaci použit expanzivní plyn, můžete mít přechodně zvýšen nitrooční tlak, který se upraví pomocí očních kapek. Výsledná zraková ostrost může zůstat i po úspěšné operaci snížena. Všechno závisí na trvání nemoci, předoperačním nálezu a osobitě (individuálně) reakci Vašeho organismu. Celková doba rehabilitace (obnovení) zraku může trvat až několik měsíců.

**Chování po výkonu, možná omezení**

Doba pobytu v nemocnici se pohybuje mezi 5 -10 dny v závislosti na rozsahu operace a na pooperačním průběhu. V domácím ošetření budete muset dodržovat léčebný režim stanovený ošetřujícím lékařem a dostavit se na kontrolu v daný termín. Délka pracovní neschopnosti se pohybuje v rozmezí několika týdnů až několika měsíců.

**Po operaci si nesmíte oko mnout, plavat, potápět se, sportovat, nepobývat v prašném prostředí a řídit motorové vozidlo po dobu, kterou Vám určí lékař.**

**Informace o implantovaném zdravotnickém prostředku**

1. Silikonová plomba: jednorázový sterilní materiál na bazi silikonového elastomeru, bez příměsí latexu. V některých případech v důsledku nesnášenlivosti silikonu může dojít k vylučování plomby, vzniku defektu spojivky a případně i sekundární infekci v ráně. V těchto případech je nutno plombu chirurgicky odstranit.
2. Expanzivní plyn – netoxická, sterilní, lidským tělem dobře snášená chemická látka, která se aplikuje do sklivcového prostoru. Při tělesné teplotě se rozpíná, přidrží odchlípenou sítnici a tím umožňuje jejímu hojení. Bublina plynu zhoršuje vidění. Postupně se plyn vstřebá a vidění se zlepší. Dle délky působení v lidském těle plyny se dělí na krátkodobé (1 - 2 týdny) a dlouhodobé (3 - 4 týdny). Plyn v oku může přechodně zvětšovat nitrooční tlak nebo urychlit vznik šedého zákalu.
3. Cerklážní pásek - elastický výrobek ze silikonové pryže. Našitím pásku v oblasti ekvátoru oka dochází ke vchlípení skléry, zkrácení obvodu oka a přiblížení k odchlípené sítnici. Kontraindikací je alergie na silikon.

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 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.)



Pacient/ka: .....

Rodné číslo: .....

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:**

**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)