



## 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 bázi 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, přidrzuje odchlípenou sítnici a tím umožňuje jejímu hojení. Bublina plynu zhoršuje vidění. Postupně se plyn vstřebává a vidění se zlepšuje. 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.

Nezamířel/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

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 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) 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)