



Postup při výkonu

Před operací Vám bude sestra kapat do oka dezinfekční (protibakteriální) kapky. Půl hodiny před odjezdem na operační sál Vám sestra aplikuje zklidňující látku do svalu. Na operačním sále se provede ošetření kůže víček a okolí oka dezinfekčním prostředkem a následně oko se překryje sterilní (bezinfekční rouškou). ORL lékař ze strany nosu speciálními nástroji provede otevření kostní stěny a slzného vaku. Pak oční lékař zavede silikonovou kanylu (umělohmotnou tenkou trubičku), volné konce kanyly se spojí stehem v nosní dutině. U malých dětí se fixuje (připevní) kanyla k okraji víčka. Po operaci do oka bude aplikována mast s antibiotikem (lék s protibakteriálním účinkem) a oko se překryje sterilním obvazem. Délka operace je v rozmezí 0,5 - 1,5 hod (dle typu operace).

Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Po operaci může někdy dojít ke komplikacím: k podráždění nosní sliznice a spojivky, ke krvácení, k otoku měkkých tkání, k zánětu měkkých tkání, k alergii na léky nebo na silikonový implantát. Při kontaktu silikonové kanyly s povrchem oka se může vytvořit povrchní defekt (oděrka) a vznikne bolest a slzení. Pomocí kapek, mastí a tablet lze tyto komplikace odstranit během několika dnů.

Chování po výkonu, možná omezení

U dětí po operaci je nutno ohlídat, aby mnutím vnitřního koutku pěstičkou nedošlo k uvolnění a vypadnutí kanyly. V tomto případě by bylo nutno operaci opakovat.

U dospělých pacientů při zakašlání a kýchání doporučujeme přitlačit prstem na vnitřní koutek a přidršet okraj silikonové kanyly. Jinak dojde k jejímu vypuzení do oční štěrbiny a dráždění oka. Pokud se to stane, je vhodné ihned se dostavit na ORL kliniku, kde lékař pomocí speciálních nástrojů se pokusí vtáhnout silikonovou kanylu zpět do dutiny nosní. V případě zaklínění kanyly v operačním otvoru je nutno provést revizi (kontrolu) v celkovém znecitlivění.

Při smrkání, kašlání, kýchání, smíchu a zívání jako vedlejší fenomén udávají pacienti pocit proudění vzduchu z dutiny nosní do oční štěrbiny. Tento rušivý pocit se časem výrazně zmenší nebo i úplně odezní.

Délka hospitalizace (pobytu v nemocnici) se pohybuje okolo 3 - 4 dnů. Doba rekonvalescence (uzdravování) je obvykle 1 - 3 týdny.

Po operaci budete kapat do oka dezinfekční kapky. Do odstranění silikonové kanyly budou nutné pravidelné kontroly očním a ORL lékařem v intervalech 2 - 4 týdnů. Při kontrolách bude Vám/Vašemu dítěti proveden kontrolní průplach slzných cest. Kanyla se odstraní za 3 - 6 měsíců (dle typu operace) buď očním nebo ORL lékařem (budete o tom průběžně informováni).

Po této operaci po dobu hojení se nedoporučuje pobývat v prašném prostředí a koupat se v bazénu či potápět.

Informace o implantovaném zdravotnickém prostředku

Kanyla pro dospělé pacienty je tvořena 30 cm dlouhou silikonovou trubičkou o vnějším průměru 0,7 mm. Do každého z obou konců této trubičky je vsunut a speciálním lepidlem vlepen rovný kovový drát z měkké nerezové oceli (Osteofix). Konce drátu jsou zaobleny. Délka zaváděcího drátu je 8cm.

Kanyla pro děti má jen jeden kovový zaváděč a její druhý konec je upraven tak, aby se kanyla zafixovala v slzném kanálku.

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)

By/la 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.



Pacient/ka:

Rodné číslo:

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují.

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 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, uveďte se adresa a datum narození)



Pacient/ka:

Rodné číslo:

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

Svěddek:

jméno a příjmení

podpis

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