

## OPERACE – REKONSTRUKCE SLZNÝCH CEST

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/Vašemu dítěti ošetřující lékař doporučil provedení rekonstrukce slzných cest (tj. zprůchodnění slzných cest) Vašeho /jeho 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

Neprůchodnost slzných cest může být vrozená anebo získaná, a to po zánětu či po úrazu.

Cílem operace je zprůchodnění slzných cest, kdy se chirurgickou cestou vytvoří otvor mezi dutinou nosní a spojivkovým vakem. K tomu, aby se zabránilo zarůstání otvoru, se přes slzné cesty do nosu zavede silikonová kanyla (umělohmotná trubička).

Při akutním přerušení slzného kanálku (úrazu) se také provádí rekonstrukce (sešití přerušovaných slzných kanálků) se zavedením silikonové kanyly (umělohmotné trubičky). O typu operace s ohledem na příčinu vzniklé poruchy slzných cest budete informován/a lékařem.

Opakované záněty vedou ke vzniku srůstů a k deformaci slzného váčku, což znemožňuje provést rekonstrukci slzných cest. V tomto případě je nutno odstranit postižený slzný váček. Tím se zabrání vznik zánětu, ale slzení zůstane.

### Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Jiná léčba než operace (tj. náprava vzniklé poruchy) není možná. Pokud se operace neprovede, pacient bude stále slzet. Také se mohou opakovat záněty slzného váčku, vyžadující aplikaci antibiotik celkově (per os či intravenózně) nebo chirurgické otevření abscesu - vypuštění hnisu a drenáž obl. slzného vaku. Při těžkém průběhu onemocnění se může zánět ze slzného váčku rozšířit nejen na víčka, ale i do očnice, a může pacienta ohrožovat i na životě (trombóza mozkového splavu).

### Příprava k výkonu

Operační rekonstrukce slzných cest se provádí tzv. endonazální cestou (ze strany nosní dutiny) za přítomnosti očního lékaře a lékaře se specializací na choroby ušní, nosní a krční (otorinolaryngolog = ORL). K provedení této operace budete hospitalizován na ORL klinice.

Výkon provádíme v celkové anestezii (zncitlivění a uspání), kterou podává lékař specialista – anesteziolog. Ten Vám při speciálním anesteziologickém vyšetření podá o způsobu zncitlivění podrobné informace.

Je nutné provést předoperační vyšetření (krevní testy, vyšetření specialistou na choroby vnitřní anebo choroby dětské). Podle výsledku jejich vyšetření se bude řídit i Vaše předoperační příprava / předoperační příprava Vašeho dítěte.

**V případě, že jste alergická/ý (že Vaše dítě je alergické) na některé léky (např. výskytem vyrážky, dušnosti apod.), upozorněte na to Vašeho / jeho ošetřujícího lékaře.**

**Stejně tak upozorněte na to, že užíváte protisrážlivé léky (lidově řečeno „na ředění krve“), které je třeba s časovým předstihem vysadit, aby se upravila krevní srážlivost.**

**Před výkonem v den operace nesmíte od půlnoci jíst, pít ani kouřit.**



## 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 svalů. 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 (přípevní) 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 přidržit okraj silikonové kanyly. Jinak dojde k jejímu vypuzení do oční štěrbině 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 štěrbině. 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.

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)

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 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.

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)

**Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a souhlas podepsat:**

**Pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a tento souhlas podepsat.**

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukovány, publikovány a šířeny žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.



## FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Edvarda Beneše 1128/13, 301 00 Plzeň - Bory  
alej Svobody 923/80, 323 00 Plzeň - Lochotín  
IČO 00669806, tel.: 377 401 111, 377 103 111

Pacient/ka: .....

Rodné číslo: .....

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, uveďte se adresu a datum narození)