

EXSTIRPACE (VYNĚTÍ) SLZNÉHO VÁČKU

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,

na základě předchozího vyšetření Vám ošetřující lékař doporučil provést odstranění (exstirpaci) postiženého slzného váčku 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

Po těžkých úrazech kostěné části obličeje (obličejového skeletu), při některých chorobách s výrobou protilátek proti vlastním tkáním nebo při vrozených kostních deformacích (= znetvoření) dochází často k trvalé neprůchodnosti slzných cest. Toto vede k opakovaným hnisavým zánětům slzného váčku, který může přejít i na okolní měkké tkáně a někdy i do očnice. Zjizvený slzný vak je zdrojem infekce a může ohrožovat jak oko pacienta, tak i jeho život.

Cílem této operace je odstranit zdroj infekce. Slzné cesty zůstanou i nadále neprůchodné.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Jiná možnost není.

Příprava k výkonu

Operace se provádí převážně v celkové anestezii (uspání, znecitlivění), kterou podává lékař specialista - anesteziolog. Ten Vám při anesteziologickém vyšetření podá o způsobu znecitlivění podrobné informace. Nebo může být operace provedena i v lokálním znecitlivění, v závislosti na Vašem celkovém zdravotním stavu.

Bude nutné provést předoperační interní vyšetření. Lékař - internista provede fyzikální vyšetření a zhodnocení pomocných výsledků (biochemické vyšetření krve, rentgen plic, elektrokardiograf) a po celkovém zhodnocení doporučí typ anestezie.

Předoperační vyšetření krve a interní vyšetření budou nutná. V případě, že jste alergický/á 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 (lidově: na ředění krve), které je třeba s časovým předstihem vysadit, aby se upravila krevní srážlivost.

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

Postup při výkonu

Před operací Vám sestra nakape do oka protibakteriální kapky. Půl hodiny před odjezdem na operační sál Vám sestra aplikuje zklidňující látku do svalu.

Na operačním sále sestra provede ošetření kůže víček a okolí oka dezinfekčním prostředkem a následně oko překryje sterilní rouškou. Před operací Vám aplikuje lékař znecitlivující injekci k oblasti slzného váčku. Po kožním řezu a uvolnění srůstů odstraní slzný váček, posléze ránu sešije po vrstvách a zavede drén (proužek gumy usnadňující odtok nepatřičných tekutin). Délka operace bude 1 - 2 hodiny. Po operaci ránu kryjeme sterilním obvazem.

Drén Vám bude odstraněn do 2 dnů, kožní stehy za 7 dní po výkonu. Délka pobytu na lůžku je obvykle 5 - 7 dní.

**Rizika a možné komplikace výkonu**

Během operace může vzniknout krvácení do okolních tkání, otok okolních tkání a víček, zánět, alergie na léky. Tyto příznaky odezní do 2 týdnů při místní léčbě.

Chování po výkonu, možná omezení

Po této operaci není zajištěna průchodnost slzných cest, proto bude oko i nadále slzet. Trvalým zvlhčováním kůže může vzniknout zarudnutí kůže (mokvání), které léčíme mastí. Po operaci si budete muset aplikovat dezinfekční kapky do oka a mast na povrch rány cca 1 - 3 týdny. Za týden po operaci se odstraní kožní stehy.

Pracovní neschopnost trvá 2 - 3 týdny. Po dobu pracovní neschopnosti, aplikaci obvazu a mastí na oko není vhodné řízení motorového vozidla (budete mít zhoršené vidění). Také není vhodné pobývat v prašném prostředí, potápět se, koupat v bazénu, aby nedošlo k zanícení pooperační rány.

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.

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.



Pacient/ka:

Rodné číslo:

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVĚPRÁVNOSTÍ 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)