

NITROOČNÍ APLIKACE LÉKU TRIAM/VOLON A 40 DO SKLIVCOVÉHO PROSTORU

 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,

 na základě předchozího vyšetření Vám ošetřující lékař doporučil aplikaci léku **Triam** (triamcinolon acetát)/**Volon A 40** do sklivcového prostoru Vašeho pravého levého oka.

K provedení tohoto výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu a možnosti léčby/řešení zdravotního problému

Aplikace Triam/Volon A 40 je indikována v případech, kdy v oku vzniká cystoidní makulární edém (otok místa nejostřejšího vidění na sítnici) na podkladě diabetických změn a jiných cévních nebo zánětlivých onemocnění oka, který přetrvává po laserové nebo medikamentózní léčbě a vede ke snížení ostrosti zraku.

Triam/Volon A 40 je látka, která svým silným protizánětlivým účinkem vede k tlumení zánětu a vstřebání otoku uvnitř oka. Aplikací do nitra oka se snižuje dávka léku, která při celkovém podání je mnohonásobně vyšší a může mít nežádoucí účinky.

Příprava k výkonu

V případě, že jste alergický/á na některé léky (tj. přecitlivělý 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 vlastní operací Vám sestra nakape do oka kapky na rozšíření zornice, kapky na znecitlivění oka a dezinfekční kapky.

Postup při výkonu

Lékař Vám přes stěnu oka aplikuje Triam/Volon A 40 do sklivce. Po zákroku sestra převáže oko sterilním obvazem s antibiotickou masťou.

Rizika a možné komplikace výkonu

Mezi možná rizika operace patří nezávažný krevní výron pod spojivku oka nebo do víček, mezi vzácné závažné komplikace krvácení do nitra oka, zánět oka, rozvoj šedého zákalu, zvýšení nitroočního tlaku a odchlípení sítnice.

Chování po výkonu, možná omezení

Obvaz ponecháte na oku do druhého dne. Doprovod druhou osobou je vhodný. O aplikaci kapek, další kontrole a sledování Vás bude informovat ošetřující lékař.

Účinnost léku bude sledována vyšetřením zrakových funkcí a podrobným vyšetřením oka. Po výkonu není nutné vystavení pracovní neschopnosti. V případě potíží nebo změny zdravotního stavu informujte ihned Vašeho ošetřujícího lékaře.

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. Blíže informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.



Pacient/ka:

Rodné číslo:

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

Byl/la jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/la jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/la jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/la 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/la jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byl/la 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.

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/la 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

.....
podpisV Plzni dne: v hodin
.....
podpis pacienta/ky (podpis zákonného zástupce)



Pacient/ka:

Rodné číslo:

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)

.....