

# OPERACE „VLČÍHO ZRNA“ (CHALAZEA) / „JEČNÉHO ZRNA“ (HORDEOLA)

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 chirurgické odstranění hnisavého obsahu rezistence na okraji víčka Vašeho/jeho pravého/ levého oka.

Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

### Důvod provedení výkonu

Hordeolum (ječné zrno) a chalazion (vlčí zrno) patří mezi velmi častá onemocnění víček.

**Vičí zrno** vzniká obstrukcí vývodu mazových žlázek na okraji víčka. Dojde tak k zánětlivé reakci, která se zpočátku projevuje neohrazeným zánětem doprovázeným zarudnutím a otokem víčka a bolestivostí v místě zánětu. Pokud nedojde ke spontánnímu vstřebání, po cca 3 – 4 týdnech od vzniku nálezu se vytvoří ohrazená rezistence již s méně výraznou lokální zánětlivou reakcí.

**Ječné zrno** je akutní zánět folikulů řas a přilehlých žlázek na okraji víčka, který je nejčastěji způsoben stafylokoky. Příznaky bývají podobné jako u vlčího zrna. Někdy se hnisavý obsah rezistence může spontánně vyprázdnit.

### Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Konzervativní léčba spočívá v lokální aplikaci antibiotik s kortikoidy. V případě vlčího zrna se doporučují teplé obklady (ev. s léčivými bylinami jako heřmánek či řapík), které pomohou urychlit ohrazení zánětu. Jakmile dojde v obou případech k ohrazení zánětu, indikuje se chirurgický výkon spočívající v provedení malého řezu ke snadnější evakuaci hnisavého obsahu. Někdy může dojít ke spontánnímu vstřebání či samovolnému uvolnění obsahu.

Zánět se může někdy projevit i celkovými příznaky v podobě zvýšené teploty. Pokud je zánětlivá reakce výraznější, indikuje lékař celkové podání antibiotik.

### Příprava k výkonu

Operaci lékař indikuje zhruba za 3 - 4 týdny od vzniku zánětu (po ohrazení zánětu).

Výkon se provádí ambulantně v lokálním znecitlivění.

V případě, že jste alergická/ý na některé léky (např. lokální anestetika, antibiotika, jód atd.), upozorněte na to Vašeho ošetřujícího lékaře a uveďte, jak se alergická reakce projevila (dušnost, vyrážka, ...). Stejně tak upozorněte na to, pokud užíváte léky ovlivňující srážlivost (lidové léky na ředění krve). Tyto léky je třeba s časovým předstihem dočasně vysadit. Na vysazení se vždy domluvte se svým ošetřujícím interním lékařem, zda to Váš zdravotní stav umožňuje. Operace se provádí ambulantně v místním znecitlivění. Před operací se můžete najíst, napít a vzít si léky, které užíváte.

### Postup při výkonu

**Chalazion:** Po aplikaci znecitlivujících kapek do oka provede lékař dezinfekci okolní kůže a přikryje oblast sterilní rouškou. Do podkoží k místu rezistence aplikuje znecitlivující injekci. Poté uchopí víčko do speciálního nástroje a víčko převrátí pro snadnější přístup k provedení incize.



Následně je proveden malý řez na vnitřní straně víčka nad zánětlivým ložiskem, který umožní vyprázdnění hnisavého obsahu. Pokud je rezistence větší, může být operační řez veden z kožní strany víčka.

**Hordeolum:** Nejprve se dezinfikuje okolní kůže a operační rána se zakryje sterilní rouškou. V lokálním znecitlivění je proveden malý kožní řez a vypustí se hnisavý obsah rezistence. Dutina se vypláchne dezinfekčním roztokem. Operační rána je poté zakryta sterilním obvazem s antibiotickou masťou. V případě, že je incize větší, budete mít několik stehů, které Vám budou odstraněny za 7 dní po výkonu.

### Rizika a možné komplikace výkonu

Po operaci se může objevit otok a hematoma víčka, který spontánně odezní. Ledování může urychlit jejich vstřebání.

### Chování po výkonu, možná omezení

Po operaci je Vám do oka aplikována antibiotická masť a oko je zakryto sterilním obvazem.

Po operaci nebudete schopeni řízení motorového vozidla, před výkonem je tedy vhodné zajistit si odvoz, eventuálně doprovod, zejména pokud na druhé oko vidíte hůře. Převoz zůstává na oku do druhého dne, po sejmutí obvazu a následující dny se do oka a na víčko aplikuje antibiotická masť. Pokud nejsou přítomny žádné potíže, kontrola druhý den není nutná. Při bolesti se doporučují analgetika.

Onemocnění se může opakovat např. při práci v horkém a prašném prostředí, více náchylné jsou osoby se sníženou imunitou, rizikové jsou i celkové choroby jako např. diabetes mellitus. Pokud se záněty budou opakovat 3 – 4x ročně, je vhodné doplnit specializované imunologické vyšetření.

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 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.

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.



Pacient/ka: .....

Rodné číslo: .....

**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: .....

Svědék: .....  
jméno a příjmení      podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresa a datum narození)

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

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

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....  
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

.....  
podpis

Svědék: .....  
jméno a příjmení      podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresa a datum narození)