

## PRONIKAJÍCÍ PORANĚNÍ OKA

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,

Váš ošetřující lékař diagnostikoval poranění Vašeho pravého/levého oka, které je třeba ošetřit chirurgickým zákrokem. K provedení tohoto výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

### Důvod provedení výkonu

Pronikající poranění oka představuje závažný stav, který je třeba co nejdříve chirurgicky ošetřit. Cílem primárního, neodkladného zákroku je uzavřít obaly oka k zamezení dalšímu průniku infekce do nitra oka a k zabránění většímu poškození nitroočních struktur. Po primárním ošetření v určitých případech následuje s odstupem hodin až týdnů návazný zákrok, který má za cíl další úpravu poměrů v oku. Jedná se zejména o zabránění rozvoje infekce, odstranění krvácení z oka a odstranění cizího nitroočního tělíska, operaci pourazových srůstů, posunutí oční čočky nebo odchlípení sítnice.

### Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Ošetření pronikajícího očního poranění nemá v naprosté většině případů jiné řešení, nežli je toto popisované, tj. chirurgické. Výjimku představuje velmi závažný celkový zdravotní stav nebo drobné ranky (cca 1 - 2 mm), které se spontánně uzavřou.

### Příprava k výkonu

Operace se provádí buď v celkovém znecitlivění, které provádí lékař specialista - anesteziolog. Ten Vám při anesteziologickém vyšetření podá o způsobu znecitlivění podrobné informace. Operaci lze také provést v místním znecitlivění v závislosti na rozsahu poranění a na Vašem celkovém zdravotním stavu.

Před operačním zákrokem musíte vždy podstoupit náběry krve a interní vyšetření. Lékař - internista provede fyzikální vyšetření a současně také zhodnotí výsledky pomocných vyšetření. Vyjádří se k Vaší způsobilosti podstoupit celkové znecitlivění.

V případě, že jste alergický na některé léky, upozorněte na to Vašeho ošetřujícího lékaře (přecitlivělost charakteru vyrážky, dušnosti apod.) Stejně tak upozorněte, zda užíváte léky na ředění krve, pak bude nutná speciální předoperační příprava.

### Postup při výkonu

Po důkladné dezinfekci (protibakteriálními prostředky) víček a okolí oka (v případě místní anestezie po znecitlivující injekci) Vám k nosu připevníme kyslíkové brýle (jde o prostředek k aplikaci kyslíku v podobě dvou krátkých trubiček nasazených na přírodní trubici z centrálního rozvodu kyslíku). Celý obličej pak přikryjeme sterilním operačním rouškou. Oční víčka budou ve správné poloze přidržována rozvěračem. Samotný operační výkon trvá desítky minut až několik hodin, provádí se pod mikroskopem. Po zákroku je oko převázané sterilním převazem s dezinfekčními léky.

### Rizika a možné komplikace výkonu

Během pobytu v nemocnici pacientovi aplikujeme nitrožilně antibiotika. I přes včasný operační zákrok a intenzivní protizánětlivou léčbu se ne vždy podaří zabránit rozvoji infekce. V některých nepříznivých případech se ani po opakovaných operacích nepodaří zachovat použitelné zrakové funkce. Ve zvláště nepříznivých případech může dojít až ke ztrátě oka.

**Chování po výkonu, možná omezení**

V závislosti na závažnosti poranění se doba pobytu v nemocnici pohybuje v rozmezí jednoho až několika týdnů. Po propuštění do domácího léčení budete muset dodržovat léčebný režim, stanovený ošetřujícím lékařem. Na kontrolu je nutné se dostavit v daném termínu.

S ohledem na stupeň omezení zrakových funkcí budete informován/a o možných omezeních týkající se pracovní způsobilosti, zejména řídičského oprávnění. Doba pracovní neschopnosti se pohybuje v závislosti na tíži poranění a stupni poškození zrakových funkcí. Po operaci nedoporučujeme pobývat v prašném prostředí, koupat se ve vodních nádržích a sportovat.

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.

**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.



Pacient/ka: .....

Rodné číslo: .....

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.**

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 adresa a datum narození)