

OPERACE STRABISMU (ŠILHÁNÍ)

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

po vyšetření očním lékařem Vám/Vašemu dítěti bylo doporučeno operativní odstranění šilhání Vašeho/jeho pravého/levého oka.

Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), 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

Cílem této operace je maximálně zmenšit úchytku šilhajícího oka a tím ho přiblížit k rovnoběžnému postavení. Způsob operace určí lékař podle typu šilhání. Při velkých úchytkách se operují postupně obě oči.

Operace odstraňující šilhání zlepšuje nejen kosmetický vzhled, ale odstraní či zmírní potíže při práci, kdy se díváte/Vaše dítě dívá do blízka. U malých dětí při vrozeném šilhání zabrání včasné operace vývoji tupozrakosti a pomůže při dalším nácvičku binokulárního (prostorového) vidění. Některá šilhání se mohou opakovat (při velké tupozrakosti, růstem hlavy a očnic, při zhoršení vidění oka následkem jiných chorob).

Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Neoperujeme malé úchytky šilhání nebo stavy, kdy v brýlích oči jsou v rovnoběžném postavení. Zde se ke zmenšení úchytky šilhání používá sférická či prizmatická brýlová korekce. Dále se používá pasivní či aktivní cvičení pohybů očí.

Příprava k výkonu

Operace se obvykle provádí v celkové anestézii (znedcitlivění, narkóze), u dětí však vždy. V místním znedcitlivění se operuje jen tehdy, když to vyžaduje Váš/Vašeho dítěte celkový stav.

Před operačním výkonem podstoupíte/Vaše dítě podstoupí řadu vyšetření: vyšetření krve a moči, interní (pediatrické) vyšetření. Pokud berete léky na ředění krve, musíte je po dohodě s Vaším ošetřujícím lékařem včas vysadit, aby se znormovala krevní srážlivost. V případě, že jste alergická/y / Vaše dítě je alergické na některé léky, upozorněte na to Vašeho/jeho ošetřujícího lékaře. Ženy, pokud budou operovány v celkovém znedcitlivění, musí vysadit 4 týdny před operací antikoncepční přípravky.

Několik dní před operací budete kapat do nemocného oka kapky s antibiotiky (protibakteriálními léky).

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

Postup při výkonu

Před operací dostanete/Vaše dítě dostane na oddělení uklidňující léky. Na operačním sále po uvedení do anestézie bude oko a jeho okolí nejprve očištěno dezinfekčním roztokem. Celý obličej bude přikrytý sterilní rouškou. Oční víčka budou ve správné poloze přidržována speciálním nástrojem – rozvěračem. Při operaci chirurg posílí slabší sval a oslabí silnější sval s následným přišitím ke sklěře.

Operace trvá půl až jednu hodinu. Po operaci budete/Vaše dítě bude mít na operovaném oku sterilní obvaz.

**Rizika, následky a možné komplikace výkonu**

Během operace může dojít ke krvácení do měkkých tkání oka („modřina“), které se do 14 dní samovolně zhojí. Vzácně může vzniknout po operaci zánětlivá nebo alergická reakce oka. Někdy může vzniknout přechodně dvojitě vidění, které za pár dní odezní. Při delším trvání je nutná reoperace (špatná adaptace mozku).

Pokud máte další dotazy související s tímto operačním zákrokem, obraťte se na Vašeho ošetřujícího lékaře.

Chování po výkonu, možná omezení

Po operaci si/Vašemu dítěti budete aplikovat (podávat) kapky a mast do operovaného oka a cvičit na přístrojích, posilujících prostorové vidění. Po operaci až do zhojení (4 - 6 týdnů) se nesmíte/Vaše dítě se nesmí koupat ve veřejných koupalištích ani nosit kontaktní čočky. Dospělý člověk nesmí řídit motorové vozidlo po dobu hojení oka. Pracovní neschopnost trvá 4-6 týdnů podle druhu vykonávané práce. Při bolesti, zhoršení vidění či zarudnutí oka je vhodná kontrola na pohotovosti Oční kliniky.

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 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/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a беру на 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)