

OPERACE PTERYGIA/PSEUDOPTERYGIA (patologický růst spojivky na rohovku)

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 provedení operace pterygia/pseudopterygia Vašeho pravého/levého oka.

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

Pterygium vzniká vlivem zvýšené expozice (působení) UV (ultrafialového) záření či jiných dráždivých faktorů. Je to aktivně rostoucí fibrovaskulární tkáň, která přerůstá na rohovku směrem ke středu rohovky. U rozsáhlých forem může vyvolávat nejen změnu zrakové ostrosti (astigmatismus, deformace rohovky), ale i pocit tlaku a tahu při pohybu oka. Cílem operace je včasné odstranění této tkáně a zabránění poškození centrální oblasti rohovky. Onemocnění má tendenci k recidivám.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Pterygium/pseudopterygium lze odstranit jen operačním zákrokem. U recidivujících případů se odstranění poškozené tkáně kombinuje s aplikací chemické látky 0,02% Mitomycinu nebo 5fluororacilu, která zabraňuje bujení buněk. Ke krytí velkých defektů v některých případech je nutné použití anionové membrány nebo přenos části zdravé spojivky, popř. vrstvy rohovky. U těžkých recidivujících a opakovaně operovaných pterygií je indikována transplantace rohovky.

Příprava k výkonu

Před nástupem do nemocnice podstoupíte předoperační vyšetření, které Vám zajistí Váš praktický lékař.

V případě, že jste alergický/á na některé léky (tj. přecitlivělý/á, např. formou vyrážky, dušnosti apod.), upozorněte na to lékaře. Stejně tak upozorněte na to, zda používáte léky na ředění krve, které je třeba s časovým předstihem vysadit, aby se upravila srážlivost krve.

Tento výkon provádíme v místním znecitlivění, jen u dětí a citlivých jedinců v celkovém znecitlivění (narkóze), kterou podává lékař specialista - anesteziolog. Ten Vám při anesteziologickém vyšetření podá o způsobu znecitlivění podrobné informace.

Postup při výkonu

Před výkonem dostanete tabletu nebo injekci na uklidnění a lékař Vám na operačním sále aplikuje (podá) znecitlivující injekci pod spojivku. Okolí oka se očistí dezinfekční látkou a překryje se sterilní rouškou s otvorem pro oko. Pod rouškou budete mít kyslíkové brýle. Operace se provádí pod mikroskopem.

Během operace Vám odstraníme poškozenou spojivku z povrchu rohovky a část zkalené rohovky a sešijeme ránu spojivky. Po operaci budete mít oko zavázané. Operace trvá 20-30 min. Délka operace se prodlouží při našívání amnionové membrány transplantátu spojivky či při transplantaci rohovky.

Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Ve složitých případech může být vleklé hojení defektu povrchu rohovky. Výkon může být komplikován též krvácením nebo zánětem.

**Chování po výkonu, možná omezení**

V pooperačním období je nutná pravidelná aplikace (podávání) očních kapek, mastí nebo gelů. Někdy je třeba oko převazovat nebo se aplikuje měkká kontaktní čočka. Důležité je vyhnout se pobytu v prašném prostředí a nesmíte se koupat (např. v bazénu). Stehy z povrchu oka se odstraňují týden po operaci. Do té doby budete v oku pociťovat škrábání a slzení oka.

Je nezbytné chodit na kontroly dle doporučení lékaře.

Pracovní neschopnost trvá 2 - 4 týdny podle rozsahu onemocnění a druhu práce, kterou vykonáváte. Po dobu pracovní neschopnosti (hojení) nesmíte řídit motorové vozidlo.

Pokud by Vás oko náhle začalo bolet, zarudlo, změnila se kvality vidění, musíte neprodleně navštívit svého očního lékaře (ve večerních hodinách nebo o víkendu pohotovost Oční kliniky).

Informace o implantovaném zdravotnickém prostředku

Amnionová membrána (AM) se získává ze zárodečných obalů. Využívá se k léčbě nehojících se defektů povrchu oka při traumatech, degenerativních, zánětlivých či autoimunitních onemocněních. Amnionová membrána je vhodná k použití při rekonstrukci povrchu oka, neboť podporuje hojení, potlačuje infekci, zánět, růst cév a jizvení. Při operaci používáme dehydratovaný materiál, který je před zákrokem nutno naložit do sterilního fyziologického roztoku.

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.

Nezamířel/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

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 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)