

# ZADNÍ LAMELÁRNÍ TRANSPLANTACE ROHOVKY (DMEK)

 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/ka doporučil/a provedení zadní lamelární transplantace rohovky (DMEK - Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty) 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

U Vašeho oka/u oka Vašeho dítěte byla diagnostikována porucha funkce rohovkového endotelu (vnitřní vrstvy rohovky), která způsobuje otok rohovky a pokles vidění postiženého oka. Tento stav lze řešit pouze chirurgicky.

## Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Časná stadia poruchy funkce endotelu rohovky lze pouze sledovat nebo přechodně stabilizovat pomocí lokální léčby, pokročilejší nálezy lze řešit pouze chirurgicky. Vedle navrhované zadní lamelární transplantace rohovky (DMEK) lze stav řešit jinými typy transplantace rohovky (DSAEK - Descemet Stripping Automated Endothelial Keratoplasty, perforující keratoplastika), které však obvykle mají delší pooperační rekonvalescenci. V případě selhání transplantátu po DMEK lze tyto operační techniky využít v druhé době.

## Příprava k výkonu

Tento výkon provádíme v lokální nebo celkové anestezii (znecitlivění), kterou podává lékař specialista - anesteziolog. Ten Vám při anesteziologickém vyšetření podá o způsobu znecitlivění podrobné informace.

V případě celkové anestezie nesmíte/Vaše dítě v den operace od půlnoci jíst, pít ani kouřit.

## Postup při výkonu

Na úvod operace je nejprve odstraněn nefunkční rohovkový endotel (vnitřní vrstvu rohovky), poté je do přední komory oka pomocí zavaděče vložena lamela endotelu od mrtvého dárce. Lamela je rozvinuta a vzduchovou bublinou přiložena k vnitřní straně rohovky. Poté je proveden převaz oka. Operace obvykle trvá 30-60 minut.

## Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Krátce po operaci může dojít k částečnému nebo úplnému odloučení transplantátu, tento stav lze obvykle řešit pomocí doplnění bubliny vzduchu do přední komory oka (provádí se v místním znecitlivění oka). Bublina vzduchu se může dostat za duhovku a způsobit bolestivý vzestup nitroočního tlaku, jako prevence této komplikace Vám/Vašemu dítěti před operací byl proveden laserový zákrok na duhovce. S delším odstupem po operaci může dojít k odmítnutí nebo selhání transplantátu, tyto komplikace lze zčásti řešit pomocí lokální léčby, v některých případech je nutná reoperace (nová transplantace rohovky).

## Chování po výkonu, možná omezení

24-48 hodin po výkonu je nutné trávit převážně vleže na zádech, do vstřebání vzduchové bubliny (obvykle 5-7 dní) byste neměl(a)/Vaše dítě spát na břiše. 3 týdny po operaci byste se měl(a)/Vaše dítě vyvarovat kontaktu s nečistotami a prašným prostředím. Po operaci budete pravidelně kapat antibiotické a kortikosteroidní kapky. Obvyklá doba pracovní neschopnosti jsou 2-3 týdny.



Minimálně 3 měsíce po operaci se na operovaném oku nesmí měřit nitrooční tlak pomocí bezkontaktního měření (fouknutí vzduchu).

Dovoluujeme 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)

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

By/la 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).

By/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.

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

By/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.

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 přerušení 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 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)

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukovány, publikováni a šířeni žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.



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: .....

Svěddek: .....  
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

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