

APLIKACE LÉKU OZURDEXU DO SKLIVCOVÉHO PROSTORU (DO NITRA OKA)

 Pacient/ka: Narozen/a:
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojistěnce): / 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,

na základě předchozího vyšetření Vám ošetřující lékař doporučil aplikaci léku OZURDEX (Dexamethason 700 mikrogramů v 1 implantátu) do sklivcového prostoru Vašeho pravého levého oka.

Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě, 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

Léčba přípravkem Ozurdex je indikována v případech, kdy v oku vzniká cystoidní makulární edém (otok místa nejostřejšího vidění na sítnici) na podkladě změn při kmenovém nebo větrovém uzávěru sítnicové žíly, při postižení cév sítnice u cukrovky nebo neinfekčních zánětlivých onemocnění oka a tento stav přetrvává po laserové léčbě, případně nebylo možné laserovou léčbu provést, a vede ke snížení ostrosti zraku.

Ozurdex je vstřebatelný tyčinkový implantát o průměru 0,46 mm a délce 6 mm s obsahem Dexamethasonu, který se postupně v oku uvolňuje a svým silným protizánětlivým účinkem vede k tlumení zánětu a vstřebání otoku uvnitř oka. Léčebný účinek Ozurdexu trvá 3 - 6 měsíců od jeho podání a jeho aplikaci je možné v případě potřeby jednou opakovat.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu/léčby

Jinou možností léčby je nitrooční injekce Triamcinolon acetátu, který je lékem ze stejné skupiny protizánětlivých léčiv, má velmi podobný, ale zpravidla krátkodobý účinek. Další možností je v některých případech systémové podání protizánětlivých léků, které je často spojeno s vyšším rizikem nežádoucích účinků.

Příprava k výkonu

Před výkonem upozorníte Vašeho ošetřujícího lékaře v případě, že:

- jste přecitlivělý na některé léky nebo jiné přípravky
- užíváte jakékoli léky na ředění krve
- léčíte se pro glaukom (zelený zákal, zvýšený nitrooční tlak)
- jste měl/a operaci šedého zákalu, operaci duhovky nebo jinou nitrooční operaci
- užíváte jakékoli protizánětlivé léčivé přípravky podávané ústy nebo aplikované do oka
- jste v minulosti měl/a oční infekci herpetickým virem (virem oparu) nebo jiné závažné infekční onemocnění oka

Před vlastní operací Vám sestra nakape do oka kapky na rozšíření zornice, kapky na znecitlivění oka a dezinfekční kapky.

Postup při výkonu

Lékař Vám přes stěnu oka aplikuje implantát Ozurdexu do sklivce. Po zákroku sestra převáže oko sterilním obvazem.

**Rizika, následky a možné komplikace výkonu**

Mezi velmi časté nežádoucí účinky výkonu patří krevní výron pod spojivku oka a zvýšený tlak v oku, častý je rozvoj šedého zákalu, vysoký tlak v oku, odloučení sklivce, nitrooční krvácení a bolest hlavy a vzácnou komplikací může být odchlípení sítnice nebo rozvoj nitroočního infekčního zánětu.

Chování po výkonu, možná omezení

Za 30 minut po výkonu budete moci odejít domů. Operované oko budete mít kryté obvazem. Následující den je nutná kontrola Vaším očním lékařem v místě bydliště.

V den výkonu nebudete moci řídit motorová vozidla, proto si zajistěte odvoz domů, je vhodný doprovod druhou osobou. Nedoporučujeme pobývat několik dní v prašném prostředí, koupat se ve vodních nádržích a sportovat. Po výkonu při nekomplikovaném průběhu je předpokládána délka pracovní neschopnosti 2 - 3 dny. V případě potíží nebo změny zdravotního stavu informujte Vašeho ošetřujícího lékaře. Účinnost léčby bude sledována podrobným vyšetřením v určených intervalech na naší ambulanci.

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)

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 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.



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)