

## ODBĚR MATERIÁLU Z PŘEDNÍ KOMORY OKA NEBO ZE SKLIVCE 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, vážení rodiče,

na základě předchozího vyšetření Vám/Vašemu dítěti lékař/ka doporučil/a provedení odběru materiálu z přední komory/ze sklivce.

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

Přední komora oka je prostor ohraničený vnitřní stranou rohovky, přední stranou duhovky a předním pouzdem čočky. Tekutina přední komory je tvořena v řasnatém tělese a vstřebávána v tzv. „komorovém úhlu“, tj. úzkým úsekem oka, mezi vnitřním listem rohovky a přední stranou duhovky. Cirkulace komorové vody v oku zajišťuje výživu některých částí oka a odvod zplodin jejich metabolismu. Obsahuje množství látek, jejichž stanovením je možné odhalit některé biochemické procesy v oku (zánět apod.).

Sklivec je průhledná, bezcévná tkáň, která vyplňuje prostor mezi čočkou, řasnatým tělesem a sítnicí. Tato rosolovitá tkáň obsahuje 98% vody. Funkce sklivce je jednak mechanická - udržuje tonus oka, ale také optická: umožňuje dobré vidění. Sklivec je také místem, kde se hromadí zánětlivý výpotek. Jelikož oko je uzavřeným systémem odděleným od ostatního organismu, teprve speciálním vyšetřením materiálu sklivce lze určit příčinu onemocnění a zahájit správnou léčbu.

### Alternativy (jiné možnosti) výkonu/léčby

Tato metoda se používá v případě, že dosavadní vyšetřovací metody, jako například krevní testy nebo grafická vyšetření nebyly úspěšné ve stanovení diagnózy.

### Příprava k výkonu

Tento výkon provádíme v místní anestezii (znečlivění). Před výkonem není nutné předoperační vyšetření od obvodního lékaře.

V den operace můžete normálně jíst, pít a použít Vaše léky.

### Postup při výkonu

Odběr komorové vody provádí zkušený chirurg sterilně v prostředí operačního sálu. Jde o časově nenáročný, bezbolestný výkon, bez nutnosti hospitalizace. Po aplikaci anestetických kapek a výplachu oka dezinfekčním roztokem, chirurg zavede do oka tenkou pod mikroskopem jehlu do přední komory oka v oblasti rozmezí mezi rohovkou a sklérou horizontálním směrem. Do malé inzulinové stříkačky odebere celkem 0,1ml komorové vody, což je množství, které je organismus schopen snadno, rychle a bez následků nahradit. Po odběru pacient bude mít oko převázané sterilním obvazem.

Získaný vzorek je následně odeslán ke zmrazení a následné biochemické analýze.

Odběr vzorku ze sklivce provádí vitreoretinální chirurg za sterilních podmínek na operačním sále.

Jde o časově nenáročný výkon, bez nutnosti hospitalizace. Po aplikaci anestetických kapek, znečlivující injekci vedle oka, výplachu oka dezinfekčním roztokem chirurg zavede pod mikroskopem přes skléru speciální nůž (vitrektom) do sklivce a odebere vzorek sklivce (cca 0,1ml), který je ihned odeslán na vyšetření. Po výkonu aplikujeme do oka mast s antibiotiky a převaz oka. Pokud je výkon proveden ambulantně, 2 hodiny po výkonu můžete opustit kliniku, nesmíte však řídit motorové vozidlo.

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



Další aplikace léků, délka léčení a délka pracovní neschopnosti závisí na nálezů, který byl indikací k tomuto diagnostickému zázroku a na výsledku vyšetření.

### **Rizika, následky a možné komplikace výkonu**

Vzácnou komplikací po odběru může být krvácení do oka, vznik infekce v oku, odchlípení sítnice nebo pokles nitroočního tlaku a následně i pokles vidění.

### **Chování po výkonu, možná omezení**

Druhý den po odběru doporučuje se kontrola na naší klinice s odstraněním obvazu. Při nekomplikovaném průběhu pacient není omezen v běžném životě.

V období po odběru se doporučuje oko nemnout a vyhýbat se zvýšeným fyzickým aktivitám, zvedání těžkých předmětů apod. V případě bolestivosti, zarudnutí oka a zhoršení vidění doporučuje se ihned vyhledat kontrolu 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 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 zázroků 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)