

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 sklívce.

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 vsřebávána 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.).

Sklívce je průhledná, bezcévná tkáň, která vyplňuje prostor mezi čočkou, řasnatým tělesem a sítnicí. Tato rosolovitá tkáň obsahuje 98% vody. Funkce sklívce je jednak mechanická - udržuje tonus oka, ale také optická: umožňuje dobré vidění. Sklívce je také místem, kde se hromadí zánětlivý výpotek. Jelikož oko je uzavřeným systémem odděleným od ostatního organismu, teprve speciálním vyšetřením materiálu sklívce 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 (znecitlivění). 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 sklívce provádí vitreoretinální chirurg za sterilních podmínek na operačním sále.

Jde o časově nenáročný výkon, bez nutnosti hospitalizace. Po aplikaci anestetických kapek, znecitlivující injekci vedle oka, výplachu oka dezinfekčním roztokem chirurg zavede pod mikroskopem přes skléru speciální nůž (vitrektom) do sklívce a odebere vzorek sklívce (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.



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

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 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.

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVÉPRÁVNOSTÍ 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.



Pacient/ka:

Rodné číslo:

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)