

APLIKACE LÉKU BEOVU DO SKLIVCOVÉHO PROSTORU (DO NITRA 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:
(liši-li se od bydliště pacienta/ky)

Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

na základě předchozího vyšetření Vám ošetřující lékař doporučil aplikaci léku BEOVU (brolicizumab) do sklivcového prostoru Vašeho pravého/levého* oka (*nehodící se škrtněte).

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

Beovu se používá k léčbě:

- vlhké formy věkem podmíněné makulární degenerace (věkem podmíněné poškození sítnice v zadním pólu oka spojené s otokem, případně s krvácením sítnice)

Toto onemocnění postihují část sítnice v zadní části oka, která je místem nejostřejšího vidění. To vyvolává poruchu vidění, po určité době trvání již nevratnou.

Beovu potlačuje růst novotvořených krevních cév, snižuje průnik tekutiny cévní stěnou a tvorbu otoku na sítnici.

Léčba přípravkem Beovu je moderní metoda, která nevede k úplnému vyléčení těchto onemocnění, ale zpomalí či zastaví jejich další průběh a v počátečních stadiích může vést i ke zlepšení zrakových funkcí. Beovu se podává injekcí do postiženého oka opakovaně v intervalu 4 týdnů, zpravidla třikrát, a dále v intervalu 2 – 3 měsíců.

Nedílnou součástí léčení je účinná léčba cukrovky a vysokého krevního tlaku s dlouhodobě vyrovnanými hodnotami krevního cukru, cholesterolu a ledvinných funkcí a zahrnuje i důslednou diabetickou dietu a úpravu životního stylu.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu/léčby

Další možností léčby je nitrooční aplikace jiných léčivých přípravků, případně fotodynamická léčba (ozáření ložiska laserem a současně nitrožilní podání látky citlivé na světlo laseru u některých forem věkem podmíněné degenerace sítnice).

Příprava k výkonu

Před výkonem upozorněte svého ošetřujícího lékaře na případné alergie (přecitlivělosti), projevující se vyrážkou, dušností, apod. Stejně tak upozorněte na to, zda berete léky na úpravu srážlivosti krve a zda jste v prodělal/a cévní mozkovou příhodu, trombózu nebo srdeční infarkt, případně jiné závažné onemocnění.

Postup při výkonu

Výkon provádíme ambulantně na operačním sále v místním znecitlivění. Před vlastní operací Vám sestra nakape do oka kapky na rozšíření zornice a kapky na znecitlivění povrchu oka. Potom lékař oko a jeho okolí dezinfikuje (zbaví infekce) a přikryje sterilní (bezinfekční) rouškou. Lékař Vám přes stěnu oka aplikuje malé množství roztoku Beovu do sklivce. Po zákroku sestra převáže oko sterilním obvazem s antibiotickou masťou (protiinfekčním léčivým přípravkem).

Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Vzácně se po aplikaci mohou vyskytnout příznaky alergické reakce (reakce z přecitlivělosti) a nežádoucí účinky jako je bolest hlavy, zvýšení krevního tlaku, závratě, bolesti kloubů, zánět průdušek a nosohltanu.

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:

Vzácnou, ale závažnou oční komplikací je infekční nitrooční zánět, mezi méně závažné patří zkalení čočky, odchlípení sítnice, nitrooční krvácení, zvýšení nitroočního tlaku a vznik zákalů ve sklivci.

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 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.

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 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.

**FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ**

Edvarda Beneše 1128/13, 301 00 Plzeň - Bory
alej Svobody 923/80, 323 00 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806, tel.: 377 401 111, 377 103 111

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:

Svědék:

jméno a příjmení

podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresa a datum narození)

Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmít/a souhlas podepsat:

Pacient/ka (zákonný zástupce) odmít/a tento souhlas podepsat.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

Svědék:

jméno a příjmení

podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresa a datum narození)