

NAŠITÍ AMNIOVÉ MEMBRÁNY

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/Vašemu dítěti ošetřující lékař doporučil našít amniové membrány na povrch Vašeho pravého/levého oka.

Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu

Amniová membrána (AM) se získává ze zárodečných obalů. Využívá se k léčbě nehojících se defektů povrchu oka při traumatech, degenerativních, zánětlivých či autoimunitních onemocněních. Amniová membrána je vhodná k použití při rekonstrukci povrchu oka, neboť podporuje hojení, potlačuje infekci, zánět, růst cév a jizvení. Při operaci používáme dehydratovaný materiál, který je před zákrokem nutno naložit do sterilního fyziologického roztoku.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Jako jinou možnost léčby lze provádět klasické obvazy oka, ale v některých případech hrozí alergie na náplast. U jednookého pacienta navíc není používání obvazů vhodné, neboť pacient nebude vidět.

V některých případech je možno ke krytí povrchu oka použít měkkou kontaktní čočku. Operace (našít amniové membrány) je vhodnou alternativou (možností) úspěšné léčby.

Příprava k výkonu

Operaci provádíme za hospitalizace (pobytu na lůžku v nemocnici). Operace se běžně provádí v lokálním (místním) znecitlivění. Ráno se můžete lehce nasnídat a vzít léky.

Před nástupem do nemocnice podstoupíte interní předoperační vyšetření (provede specialista na choroby vnitřní), které Vám zajistí Váš praktický lékař. Lékař zhodnotí výsledky a vyjádří se k Vaší způsobilosti podstoupit místní či celkové znecitlivění. V případě, že jste alergická/ý (projevy přecitlivělosti, např. vyrážka, dušnost apod.) na některé léky, upozorněte na to Vašeho ošetřujícího lékaře. Stejně tak upozorněte na to, zda berete protisrážlivé léky (na tzv. ředění krve), které je třeba s časovým předstihem vysadit, aby se upravila krevní srážlivost.

Postup při výkonu

Před operací Vám bude sestra kapat do postiženého oka dezinfekční kapky. Před vlastním operačním zákrokem Vám sestra aplikuje do svalu injekci se zklidňující látkou.

Na operačním sále Vám bude oko a jeho okolí nejprve očištěno dezinfekčním roztokem. Při místním znecitlivění Vám budou k nosu připevněny kyslíkové brýle (přívod kyslíku do nosních průduchů cestou dvou krátkých trubiček na přívodní trubicí). Celý obličej pak bude překrytý operační rouškou s otvorem pro oko. Oční víčka budou ve správné poloze přidržována nástrojem. Operace bude trvat přibližně 0,5 - 1 hodinu. Během operace lékař pod mikroskopem našije amniovou membránu k rohovce nebo ke spojivce v jedné nebo ve dvou vrstvách jednotlivými nebo pokračovacími stehy. Na konci operace se na amniovou membránu se nakapou kapky s antibiotiky a aplikuje se měkká kontaktní čočka (MKČ) nebo obvaz.



Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Nejčastější operační komplikací je krvácení v místě vpichu injekce, které nemůže být během výkonu ovlivněno ani Vámi, ani operátorem. Mírná bolest, škrábání v oku a slzení patří mezi přiměřené reakce v prvních pooperačních dnech. Po operaci můžete mít přechodně zhoršený zrak, který se upraví po vstřebání membrány. Vzácně se mohou objevit infekční komplikace, alergická reakce nebo autoimunitní reakce (po uzavření defektu se protilátky rohovky prosáklé z cév vysráží v přední komoře oka), které odezní za několik dní po aplikaci kapek s antibiotiky a kortikoidy. Při recidivě (opakování) základního onemocnění lze naštíť amniové membrány opakovat.

Chování po výkonu, možná omezení

Doba pobytu v nemocnici se pohybuje mezi 5 - 7 dny. V domácím ošetření budete dodržovat léčebný režim stanovený ošetřujícím lékařem, kapat kapky do oka a dostavíte se na kontrolu v daném termínu. Délka pracovní neschopnosti se pohybuje v rozmezí několika týdnů. Po operaci si nesmíte oko mnout, plavat, potápět se, sportovat, pobývat v prašném prostředí, dále nesmíte provádět těžkou fyzickou práci a řídit motorové vozidlo po dobu, kterou Vám určí lékař. Vlivem aplikovaných kapek po operaci může být vidění operovaného oka přechodně zhoršené.

Nevadí chůze, provádění běžných každodenních úkonů, dívání se na televizi, čtení či práce s počítačem. Venku se doporučuje nosit tmavé brýle (operované oko je citlivější na jasné světlo, ale nošení brýlí neovlivní hojení oka). Doporučuje se spát na zádech a na straně neoperovaného oka.

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.

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 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).



Pacient/ka:

Rodné číslo:

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.

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) 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

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