

## OPERACE PARS PLANA VITREKTOMIE (PPV)

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 ošetřující lékař doporučil provedení pars plana vitrektomie (odstranění nemocného sklivce – gelovité hmoty oka mezi čočkou a sítnicí) pravého/levého oka.

Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), 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

Pars plana vitrektomie je operační metoda, která slouží k odstranění chorobně změněného sklivce, k odstranění sklivcových zákalů, krvácení, zánětlivého výpotku, cizího tělíska ve sklivci, k odstranění membrán (blanek), které potahují sítnici a snižují vidění, k uzávěru sítnicových děr a trhlin, k odstranění membrán (blanek) pod sítnicí v oblasti nejostřejšího vidění, ke snížení nitroočního tlaku na oku při zhoubném zeleném zákalu, k odstranění některých nádorů, k odběru vzorku tkáně k další diagnostice.

Cílem operace je zlepšit zrak pacienta, popř. snížit nitrooční tlak na oku, odstranit nádor, upřesnit povahu onemocnění.

Operace je náročná, vyžaduje špičkové technické vybavení a erudovaného chirurga.

### Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Konzervativní (neoperativní) postup se uplatňuje pro omezený časový úsek, např. k fyziologickému vstřebávání krvácení nebo v případě neinfekčního zánětu, léčeného kortikoidy.

V případě infekčního zánětu jde o naléhavý operační výkon k záchraně oka.

### Příprava k výkonu

Před nástupem do nemocnice podstoupíte předoperační vyšetření, které Vám zajistí Váš praktický lékař.

V případě, že jste alergický/á na některé léky (tj. precitlivělý/á, např. formou vyrážky, dušnosti apod.), upozorněte na to lékaře. Stejně tak upozorněte na to, zda používáte protisrážlivé léky (léky na ředění krve), které je třeba s časovým předstihem vysadit, aby se upravila srážlivost krve.

Tento výkon provádíme v celkovém nebo lokálním znecitlivění (anestezii), a to podle rozsahu výkonu. Celkovou anestezii podává lékař specialista - anesteziolog. Ten Vám při anesteziologickém vyšetření podá o způsobu znecitlivění podrobné informace. Před výkonem v celkové anestezii nesmíte od půlnoci jíst, pít ani kouřit.

Pokud bude operace provedena v místním znecitlivění, aplikuje (podá) Vám sestra injekci se zklidňující látkou do svalu a lékař Vám na operačním sále aplikuje znecitlivující injekci k oku.

### Postup při výkonu

Pars plana vitrektomie je náročný chirurgický výkon, který se provádí pod mikroskopem. Během zákroku se provedou tři nářezy bělimy, odstraní se sklivce a ošetří se sítnice (laserem, pomražením). V závěru výkonu je často nutné vyplnit sklivcový prostor expanzivním plynem nebo silikonovým olejem. Proto musíte po operaci dodržovat takovou polohu hlavy, kterou Vám doporučí lékař (nejčastěji obličejem dolů). Délka výkonu závisí na rozsahu a složitosti nálezu, výkon obvykle trvá 0,5 - 2 hodiny.

**Rizika, následky a možné komplikace výkonu**

Při pars plana vitrektomii může dojít ke komplikacím (krvácení, vzácně zánět, odchlípení sítnice), které mohou mít negativní vliv na konečný výsledek operace. Pooperačně může dojít k přechodnému zvýšení nitroočního tlaku či k oděrci rohovky. Vzhledem k tomu, že důvodem k této operaci je onemocnění sítnice, může být i po nekomplikované operaci trvale snížena zraková ostrost.

**Chování po výkonu, možná omezení**

V den operace zůstává oko zavázané. V dalších dnech se do oka aplikují (podávají) oční kapky a masti. Pokud byl v průběhu operace do oka aplikován silikonový olej nebo plyn, je nutné dodržovat doporučenou polohu hlavy. Doba pobytu v nemocnici je 4 - 7 dnů.

Po propuštění musíte dodržovat doporučený léčebný režim, aplikovat oční kapky a masti a dostavit se na kontrolu dle doporučení ošetřujícího lékaře.

Podle typu zákroku a očního nálezu trvá hojení několik týdnů až měsíců. Po tuto dobu je nutné omezit fyzickou aktivitu, sport, řízení motorových vozidel.

Pokud by Vás oko náhle začalo bolet, zarudlo, změnila se kvalita vidění, musíte neprodleně navštívit svého očního lékaře (ve večerních hodinách nebo o víkendu – pohotovost Oční kliniky).

**Informace o implantovaném zdravotnickém prostředku**

1. Expanzivní plyn – netoxická, sterilní, lidským tělem dobře snášená chemická látka, která se aplikuje do prázdného sklivcového prostoru. Při tělesné teplotě se rozepíná, přidržuje odchlípenou sítnici a tím umožňuje jejímu hojení. Bublina plynu zhoršuje vidění. Postupně se plyn vstřebá a vidění se zlepší. Dle délky působení v lidském těle plyny se dělí na krátkodobé (1-2 týdny) a dlouhodobé (3-4 týdny). Plyn v oku může přechodně zvětšovat nitrooční tlak.

2. Silikonový olej – sterilní netoxická, lidským tělem dobře snášená chemická látka větší molekulární hmotnosti, která se aplikuje do prázdného sklivcového prostoru na dobu několika měsíců až několika let. Používá se při rozsáhlejších postižení sítnice. Přidržuje sítnici a pomáhá jejímu hojení. Přítomnost silikonového oleje mění refrakční (brýlovou) hodnotu oka a může zvyšovat nitrooční tlak. Také může emulsifikovat a zhoršovat vidění. Po splnění své funkce je nutno silikonový olej odstranit z oka další operací.

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.

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.

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukována, publikována a šířena žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.



Pacient/ka: .....

Rodné číslo: .....

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.

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)