

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Drenáž (revize) očnice pro zánět či nádor

Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu Vám byla doporučena drenáž (revize) očnice. V souladu **Úmluvou o lidských právech a biomedicině**, vyhlášenou pod č. 96/2001 Sb.m.s., vyžaduje tento operační zákrok Váš informovaný souhlas.

Důvod a cíl operace:

Diagnostická orbitotomie (otevření očnice) je výkon, prováděný u postižení očnice neohraničeným infiltrátem a je nutno získat materiál k histologickému vyšetření, potřebnému pro plánování další léčby. V případě zánětu se může jednat o hnisavé ložisko, kde je třeba hnis vypustit a uvolnit tak tlak na oční kouli.

Povaha a následky operačního výkonu:

Operační výkon je vždy prováděn v celkové anestézii. Přístup do očnice je podle lokalizace ložiska v očnici zajištěn několika způsoby, řez je veden buď nad očním víčkem, nebo ve vnitřním či vnějším očním koutku. Po otevření očnice je získán vzorek na histologické vyšetření, případně vypuštěn obsah hnisavého ložiska a zaveden drén.

Režim před operačním výkonem:

Před výkonem v celkové anestézii je nezbytné minimálně 6 hodin nejíst, nepít a nekouřit.

Rizika výkonu:

I při správném postupu v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy (lege artis) mohou vzniknout v souvislosti s uvažovaným zákrokem jisté komplikace. Jedná se např. o: pooperační krvácení, otok oka a měkkých tkání, porušení okohybných svalů, poškození zrakového nervu (může vést až k oslepnutí), slzení, bolesti v operační ráně. Četnost uvedených komplikací závisí na rozsahu a povaze patologického procesu.

Další možná rizika jsou spojená s přihlédnutím k individualitě pacienta a jeho celkovému zdravotnímu stavu. Může se jednat o poruchy srdce a oběhu, plicní komplikace, poruchy hojení ran a infekční komplikace.

Hospitalizace a rekonvalescence:

Režim pacienta po operačním zákroku závisí na rozsahu operace a hojení rány. Pooperační průběh může být komplikován zánětem či jinými komplikacemi, uvedenými výše. O případném speciálním režimu budete podrobně poučen(a) ošetřujícím lékařem.

Celková doba hospitalizace se předpokládá v rozmezí 7-20 dnů.

Předpokládaná doba rekonvalescence po propuštění z nemocnice činí v průměru 14 dnů.

(Oba číselné údaje jsou udávány průměrnou hodnotou a mohou se lišit v závislosti na individualitě pacienta a v závislosti na případných vzniklých komplikacích).

Alternativy výkonu:

Alternativní řešení neexistuje. Operace je indikována po vyčerpání možnosti konzervativní léčby (ne chirurgickou cestou). Při ponechání hnisavého ložiska či nádoru může dojít tlakem na optický nerv k oslepnutí.

Identifikační údaje pacienta(tky):

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

Plánovaný výkon:

Drenáž (revize) očníce pro zánět či nádor
--

Vysvětlující pohovor provedl:

--

identifikace a podpis lékaře

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánované léčbě zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S podáním výše uvedené léčby souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji svého zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu, či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

V Ostravě dne:

.....
podpis pacienta(tky), zákonného zástupce,
opatrovníka

V případě, že se pacient(tka) nemůže podepsat:

Důvod:
Způsob projevu
souhlasu:

Svěděk:
jméno a příjmení podpis svědka