

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Lamelární transplantace rohovky

Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(a).

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byla lékařem indikována transplantace rohovky.

Co je transplantace rohovky:

Lamelární keratoplastikou rozumíme nahrazení (transplantace) poškozené vrstvy Vaší rohovky vrstvou rohovky z tkáňové banky.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Důvodem operace je zlepšení zrakové ostrosti odstraněním poškozené vrstvy rohovky.

Alternativy výkonu:

Tento výkon Vám byl doporučen jako nejvhodnější pro tuto chvíli. Alternativou je transplantace rohovkového štěpu v celé tloušťce, navrhovaná operace je však významně šetrnější.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Výkon provádíme většinou v celkovém znecitlivění a tomu odpovídá i předoperační příprava (nejíst, nepít, nekouřit) od večera před operací.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Operace se obvykle provádí na operačním sále vleže na zádech, trvá asi 60 minut. Vnímání bolestivosti výkonu je individuální - většinou zanedbatelné. Nezbytný je klid po celou dobu operace v případě místního znecitlivění. Principem výkonu je odstranění vrstvy Vaší rohovky, na jejíž místo je všit nebo vložen dárcovský štěp (vrstva). Po operaci je na oko aplikována mast a je zakryto mulem a muší.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

- duhovkové srůsty (většinou není důvodem pro operaci),
- netěsnost rány (někdy vynutí další operaci),
- selhání nebo odmítnutí transplantátu organismem (nutná razantní léčba, případně další operace),
- zvýšení nitroočního tlaku (většinou dobře léčitelné),
- vzácně vznik nitroočního zánětu (při rozvoji nitrooční infekce často s devastujícími následky),
- návrat původního onemocnění,
- běžná je refrakční vada s astigmatismem (nepravidelnost zakřivení rohovky),
- zcela výjimečně může dojít k výraznějšímu krvácení, které může vést ke slepotě oka (expulsivní hemoragie).

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Po operaci bude oko kryto muší. V den operace musíte ležet vodorovně a nezvedat hlavu, o případných jiných omezeních budete informováni ošetřujícím lékařem.

Pobyt v nemocnici po operaci je asi 4 dny (při nekomplikovaném průběhu).

Ambulantní péče spočívá v pravidelných kontrolách do zhojení oka. Po celou tuto dobu budete do oka kapat kapky, které předepíše Váš ošetřující oční lékař.

Kromě léčby kapkami je někdy nutné podávat po dobu několika měsíců léky k potlačení imunity (steroidy nebo imunosupresiva), které mají významné vedlejší účinky.

Do zhojení bude nutno zvýšeně oko chránit před úrazem, zvýšenou opatrnost na úraz bude třeba dbát i potom. Po dobu hojení je vhodné krýt oko mušlí alespoň při spánku.

Kromě toho a těžké tělesné námahy nebudete jinak omezeni. Po operaci noste ochranné či tmavé brýle, pokud Vám vadí světlo. Dioptrické brýle předepíše Váš oční lékař po úplném zhojení oka.

Časové údaje jsou pouze orientační.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

Plánovaný výkon:

Lamelární transplantace rohovky
--

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