

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Neurotizace rohovky pomocí přemostění infraorbitálního nebo supraorbitálního nervu

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 doporučena Neurotizace rohovky pomocí přemostění infraorbitálního nebo supraorbitálního nervu.

Co je to neurotizace rohovky pomocí přemostění nervu:

Neurotizace rohovky pomocí přemostění je chirurgický výkon, jehož principem je obnovení inervace rohovky pomocí nervového štěpu z jiného místa na těle.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Důvodem výkonu je poškození rohovky na podkladě nefunkčnosti jejího nervového zásobení – tzv. neurotrofická keratopatie (porucha povrchu rohovky, zhoršení kvality slzného filmu a následné potíže s viděním či opakovanými záněty).

Cílem výkonu je alespoň částečné obnovení nervového zásobení rohovky a tím i následné zlepšení jejího stavu.

Alternativy výkonu:

Alternativou může být konzervativní postup s lokální medikamentózní léčbou, která ale v pokročilých fázích onemocnění nemá tak dobrý efekt jako neurotizace.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Výkon probíhá obvykle za hospitalizace. V rámci přípravy k výkonu absolvujete vyšetření podle doporučení lékaře (včetně odběrů krve).

Jaký je postup při provádění výkonu:

Neurotizace rohovky přemostěním se provádí v celkové anestezii. Z dolní končetiny z oblasti kotníku se odebere část surálního nervu a následně se použije při prodloužení inervace z očního nervu (supraorbitální či infraorbitální nerv) na rohovku. Rány se zašijí a ošetří (aplikace kapek, mastí, krytí obvazem).

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Riziky výkonu jsou: krvácení, infekce, hemoragie, retrobulbární hematom, snížení citlivosti v místě odběru nervového štěpu, snížení citlivosti v místě našívání štěpu, kosmeticky zhoršení vzhledu povrchu oka, nefunkčnost štěpu, jeho nepřipojení, tvorba neuromu v místě odběru či v místě sutury nervů. Efekt operace se plně může projevit až za více jak 6 měsíců od výkonu.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

V prvních týdnech po operaci je nutný přísný klidový režim a aplikace lokální, případně celkové terapie dle instrukcí ošetřujících lékařů. Je vhodné se vyhnout aktivitám, kde je vyšší riziko úderu či zásahu do střední části obličeje (kontaktní sporty, pracoviště se zvýšenými bezpečnostními riziky). Postupně pak dochází k rozvolnění režimu a snížení intenzity lokální terapie.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:	Jméno:	Datum narození:
-----------	--------	-----------------

Plánovaný výkon:

Neurotizace rohovky pomocí přemostění infraorbitálního nebo supraorbitálního nervu

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 plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji 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, zákonného zástupce, opatrovníka