

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Operace – drenáž očnice

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 operace drenáž očnice.

Co je to drenáž a proč ji provedeme:

Drenáž provedeme pro uvolnění krve, která se vylila za očním bulbem, tento vytlačuje dopředu a utlačuje zrakový nerv a výživu tkání očnice včetně oka a zrakového nervu, abychom předešli nevratnému poškození zrakového nervu. Pokud je oko v tuto chvíli slepé, může být i po výkonu. Výkon provedeme s cílem ulevit tlaku za okem. Důvodem pro drenáž může být také přítomnost hnisavé dutiny (abscesu, hlízy) v očnici, kde je rizikem šíření infekce do okolí až s možným následkem smrti.

Alternativy výkonu:

Tento výkon Vám byl doporučen jako nejvhodnější pro tuto chvíli a jeho alternativou je pouze neprovedení výkonu s výše uvedenými riziky.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Výkon je akutní a bude proveden ihned.

Jaký je postup při provádění výkonu:

V místním (případně celkovém) znecitlivění injekcí provedeme naříznutí víčka, preparací tkání pronikneme do očnice za oko a pokusíme se vypustit krevní nebo hnisavé hmoty. Poté zaručíme odtok hmot gumovým drénem. Rána bude sterilně kryta.

Jaké jsou možné komplikace:

Nikdy nelze zaručit absolutní nerizikovitost výkonu. Možné komplikace jsou:

- výraznější krvácení z původního zdroje,
- infekce rány,
- poranění kožních nervů s možnou kožní necitlivostí,
- nutno očekávat jizvu v místě nářezů – nejde o komplikaci.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Pravidelné převazy rány a kontroly dle doporučení lékaře.

Omezení pracovní schopnosti je dáno druhem vykonávané práce, zrakovou funkcí a celkovým zdravotním stavem.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

Plánovaný výkon:

Operace – drenáž očníce

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