

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### Operace – endoskopická dekomprese 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 endoskopická dekomprese očnice.

#### **Co je to dekomprese a proč ji provedeme:**

Dekompresi provedeme z endonazálního přístupu (přístup nosem) pro uvolnění obsahu očnice přes mediální a dolní stěnu očnice, který svou přítomností způsobuje protruzi očních bulbů (vystupování očních bulbů z očnice), utlačuje zrakový nerv a zhoršuje 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 dekompresi či 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.

#### **Povaha a následky operačního výkonu:**

Endoskopický endonazální přístup nezanechává žádné jizvy na tváři. Provádí se v celkové anestézii za použití speciálních optik a kamery. Je odstraněna část mediální a dolní stěny očnice, součástí výkonu je i otevření čelistní dutiny.

#### **Režim před operačním výkonem:**

Před plánovaným 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 např. tyto komplikace. Operace probíhá v těsné blízkosti důležitých struktur (zrakový nerv, vnitřní krkavice, mozkové pleny a mozek). Možné, i když ne časté komplikace, mohou v důsledku anatomických abnormalit vzniknout porušením některé z výše jmenovaných struktur (porušení zrakového nervu s následnou slepotou, porušení hybnosti oka, dvojité vidění, krvácení, výtok mozkomíšního moku, krvácení do mozku, zánětlivé komplikace).

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 7-10 dnů.

Předpokládaná doba rekonvalescence po propuštění z nemocnice činí v průměru 14-20 dnů.

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

**Identifikační údaje pacienta(tky):**

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

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

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

**Plánovaný výkon:**

<b>Operace – endoskopická dekomprese očníce</b>
---

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: .....

Svědék: .....

jméno a příjmení

podpis svědka