

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### Operace – enukleace očního bulbu

**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 enukleace očního bulbu.

**Co je enukleace:**

Enukleaci rozumíme **trvalé** odstranění celé oční koule – jedná se o nevratný proces, to znamená, že oko již nikdy nebude možné vrátit zpět.

**Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:**

Obvyklým přínosem operace je odstranění oka, které ohrožuje zdraví či život nemocného (bolestí, soucitnou oftalmií, kosmeticky, zánětem nebo nádorem).

**Alternativy výkonu:**

Tento výkon Vám byl doporučen jako nejvhodnější pro tuto chvíli a nemá srovnatelnou alternativu.

**Jaký je režim pacienta před výkonem:**

Před operací není třeba zvláštní předoperační příprava, vyjma opatření před celkovou anestézií (nejíst, nepít, nekouřit) od večera před operací.

**Jaký je postup při provádění výkonu:**

Výkon se provádí v celkovém znecitlivění (narkóze).

Provádí se vynětí celé oční koule, následně je sešita spojivka. Výsledkem je oční důlek krytý sešitou spojivkou, víčka zůstávají na místě.

**Jaké jsou možné komplikace a rizika:**

Nikdy nelze zaručit absolutní nerizikovitost výkonu. Možné komplikace jsou:

- rozestup rány,
- krvácení (při větším sklonu ke krvácení),
- infekce rány,
- výraznější jizvení spojivky.

**Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:**

- pravidelné převazy rány a kontroly dle doporučení lékaře.

V případě potíží je nutné upozornit ošetřujícího lékaře.

V odstupu 6 týdnů bude možno předepsat individuální kosmetickou slupku, která napodobuje vlastní oko a je téměř stejné barvy.

**Identifikační údaje pacienta(tky):**

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

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

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

**Plánovaný výkon:**

<b>Operace – enukleace očního bulbu</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