

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### Operace – exenterace 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 exenterace očnice.

**Co je exenterace:**

Exenterací rozumíme **trvalé** odstranění očních víček a přilehlé kůže, celé oční koule, měkkých tkání vyplňujících očníci, vazivového obalu očnice – jedná se o nevratný proces, to znamená, že oko již nikdy nebude možné vrátit zpět. Zároveň jde o výkon z estetického a kosmetického hlediska deformující obličej.

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

Obvyklým přínosem operace je odstranění oka a všech měkkých tkání očnice, které ohrožuje zdraví či život nemocného (bolestí, 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:**

Příprava před výkonem není nutná s výjimkou 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 odstranění očních víček, přilehlé kůže po obvodu kraje očnice, vynětí celé oční koule a přilehlých měkkých tkání očnice včetně vazivového obalu kostí. Výsledkem operace je otevřené prázdné kostní lůžko očnice, které se postupně vyplní granulační tkání.

**Jaké jsou možné komplikace:**

Nikdy nelze zaručit absolutní nerizikovitost výkonu. Možné komplikace jsou:

- prodloužené či komplikované hojení očnice,
- krvácení (při větším sklonu ke krvácení, většinou nemá praktický význam, výjimečně nutná reoperace),
- infekce rány (většinou nemá praktický význam, výjimečně nutná reoperace),
- neúplné odstranění nádorové tkáně (pokud by její odstranění vedlo k větším škodám než její ponechání),
- poškození kostí očnice (při průniku chorobného procesu do kosti - nejde o komplikaci).

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

Pravidelné převazy rány a kontroly dle doporučení lékaře.

Eventuelní kosmetická plastická operace.

Hospitalizace trvá asi 2-3 týdny.

V případě potíží je nutné upozornit ošetřujícího lékaře.

Omezení pracovní schopnosti je dáno druhem vykonávané práce, zrakovou funkcí druhého oka a také celkovým zdravotním stavem. Je nutno počítat s pracovní neschopností trvajícím několik měsíců.

**Identifikační údaje pacienta(tky):**

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

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

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

**Plánovaný výkon:**

<b>Operace – exenterace očnice</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