

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### Operace – explantace umělé nitrooční čočky

**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 explantace umělé nitrooční čočky.

**Co je explantace:**

Při explantaci bude implantát – umělá nitrooční čočka vyjmuta z oka.

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

Důvodem k provedení operace jsou potíže, jejichž zdrojem je umělá nitrooční čočka.

**Alternativy výkonu:**

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

**Jaký je režim pacienta před výkonem:**

Není třeba zvláštních režimových opatření, vyjma těch před celkovou anestézií (nejíst, nepít, nekouřit) od večera před operací, výkon je většinou proveden v místním znecitlivění.

**Jaký je postup při provádění výkonu:**

Výkon se obvykle provádí v místním znecitlivění, výjimečně lze užít i celkovou anestézii (uspání). Po naříznutí oka je vyjmuta umělá nitrooční čočka. Průběh závisí na jejím místě a také na materiálu, z něhož je vyrobena. Ránu v rohovce obvykle zašijeme. Výsledkem je stav bez nitrooční čočky (afakie).

**Jaké jsou možné komplikace:**

Nikdy nelze zaručit absolutní nerizikovitost výkonu. Možné komplikace jsou:

- rozestup rány, (podle rozsahu může vynutit nový výkon – sešít rány),
- krvácení (při větším sklonu ke krvácení, většinou nemá praktický význam, výjimečně může dojít k výraznějšímu krvácení, které může vést ke slepotě oka (expulsivní hemoragie)),
- infekce nitra oka – jde o vzácnou, ale závažnou komplikaci s velkým nežádoucím vlivem na výsledné vidění (v krajním případě je možná i slepota nebo odstranění oka),
- otok rohovky při špatné funkci endotelu (vnitřní vrstvy rohovky). Následkem je zamlžení vidění, většinou přechodné, může být i trvalé – u predisponovaných očí.

**Jaký je režim pacienta po výkonu:**

Pravidelné převazy rány a kontroly dle doporučení lékaře.

Výkon se provádí většinou za hospitalizace, která trvá asi 3-6 dnů.

V případě potíží je nutné upozornit ošetřujícího lékaře.

Pokud situace dovolí, je po úplném zhojení oka (několik měsíců) možné uvažovat o implantaci nové nitrooční čočky (tzv. sekundární implantace).

Omezení pracovní schopnosti je dáno druhem vykonávané práce a výslednou zrakovou funkcí.

**Identifikační údaje pacienta(tky):**

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

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

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

**Plánovaný výkon:**

<b>Operace – explantace umělé nitrooční čočky</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