

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Operace kožních přebytků víček

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 doporučena úprava kožních přebytků víček.

Vznik kožních přebytků víček:

Přebytek kůže na víčkách nebo její zřasení je běžná věková změna, někdy také následek opakovaných zánětů víček.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Operace se provádí buď pro funkční zúžení oční štěrbin, nebo z kosmetických důvodů. V případě kosmetických důvodů je výkon hrazen pacientem.

Alternativy výkonu:

Neexistuje alternativa operační léčby. Operace je jedinou cestou k dosažení optimálního funkčního i kosmetického výsledku.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

U zdravých pacientů není nutná. U pacientů s interním onemocněním vyžadujeme posouzení celkového stavu ošetřujícím lékařem. Netřeba lačnět před operací, naopak nutností je před zákrokem pleť obličeje odličít. Pravidelně užívané léky (zejména léky ke korekci krevního tlaku, insulin, hormony) by se neměly před zákrokem vysazovat (užít i v den operace ve zvyklém dávkování). Naopak je žádoucí 7-10 dní před zákrokem vysadit léky ovlivňující srážlivost krve (Anopyrin, Aspirin, Godasal, Ticlid, Tagren, APO-Tic, apod.), vysazení Warfarinu (resp. Lawarinu) je nutno předem konzultovat s lékařem.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Operace se provádí v místním znecitlivění a spočívá v odstranění přebytečné kůže, případně i vyřezlé okolní tukové tkáně po předchozím vyměření a nákresu.

Jaké jsou možné komplikace:

- větší krvácení během operace s následným vznikem větších hematomů (modřin) - nemůže ohrozit vidění,
- infekce nebo rozestup operační rány,
- alergická reakce na dezinfekci nebo použité kapky a masti (přechodné pálení a slzení spojivek bývá obvyklé),
- zbytkový pokles kůže horního víčka,
- nedovírání oční štěrbin, mírná a přechodná asymetrie ve velikosti očních štěrbin,
- slepota - ve zcela výjimečných případech jako následek atypického pooperačního krvácení.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

V den operace (výjimečně i následující den) chladné obklady nebo tlakový obvaz. Optimálně 3x denně kapat do obou očí indiferentní oční kapky (Oph.-Septonex, Lacrisyn, Arufil, Refresh, Visine, aj.), neužívá-li pacient oční kapky k léčbě glaukomu. Doporučujeme šetřit zrak, číst a sledovat TV minimálně. Je vhodné nošení tmavších brýlí přes den, ležet a spát na 2 polštářích – pooperační otoky se lépe vstřebávají. S odstupem 5 - 7 dní odstraňujeme stehy. Výkon je možno provést za hospitalizace i ambulantně.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

Plánovaný výkon:

Operace kožních přebytků víček

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 plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). Bylo mi jasně vysvětleno uložení jizev a komplikace spojené s jejich hojením.

Souhlasím s respektováním všech doporučení a rad, které mi byly poskytnuty za účelem co nejlepšího výsledku léčby. Při nedodržení rad a doporučení přebírám plnou zodpovědnost za svůj zdravotní stav.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji 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.

Svým podpisem stvrzuji, že jsem formulář přečetl(a), obsahu rozumím a s provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

V Ostravě dne:

.....
podpis pacienta(tky), zákonného zástupce,
opatrovníka