

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### Operace novotvaru na spojivce

**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 operace novotvaru na spojivce.

**Co je novotvar spojivky:**

Většinou se jedná o nezhoubné (méně často zhoubné) nádory, které svým růstem poškozují funkci spojivky, jsou zdrojem dráždění nebo kosmetickým defektem. Pokud postihují okraj víčka, pak mohou vést k poranění povrchu oka s poškozením jeho funkce.

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

Operace se provádí buď pro funkční poruchu, možnost dalšího destruktivního růstu či založení metastáz nebo z kosmetických důvodů.

**Alternativy výkonu:**

Tento výkon Vám byl doporučen jako nejvhodnější pro tuto chvíli a nemá srovnatelnou alternativu. V případě podezření na zhoubný novotvar je výkon nutný.

**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:**

Operace se provádí obvykle v místním znecitlivění a spočívá v odstranění chorobného útvaru. Vzniklý defekt obvykle vykrýváme spojivkou přetaženou z okolí, případně i ze vzdáleného místa. Rána je šita stehy. Výjimečně je možné ponechat defekt nevykrytý. Vždy je provedeno mikroskopické (histologické) vyšetření vzorku.

**Jaké jsou možné komplikace:**

- větší krvácení (nemůže ohrozit vidění),
- infekce nebo rozestup rány (většinou nemá praktický význam, výjimečně nutná další operace),
- alergická reakce na dezinfekci nebo použité masti (většinou nemá praktický význam, léčba snadná bez operace),
- možnost další operace v případě málo radikálního výkonu (podle mikroskopického vyšetření).

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

V den operace oční mast a obvaz. Po 5 až 7 dnech odstranění stehů. Výkon je možno provést za hospitalizace i ambulantně.

Omezení pracovní schopnosti je dáno druhem vykonávané práce a trvá obvykle asi 1 týden.

**Identifikační údaje pacienta(tky):**

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

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

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

**Plánovaný výkon:**

<b>Operace novotvaru na spojivce</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