

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### Operace novotvaru očních 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 operace novotvaru očních víček.

**Kožní novotvary víček:**

Většinou se jedná o nezhoubné (méně často zhoubné) nádory, které svým růstem poškozují funkci víček. 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 víčka, možnost dalšího destruktivního růstu či založení metastáz nebo z kosmetických důvodů. V případě kosmetických důvodů je výkon hrazen pacientem.

**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.

**Jaký je postup při provádění výkonu:**

Operace se provádí v místním znecitlivění a spočívá v odstranění chorobného útvaru. Vzniklý kožní defekt obvykle vykrýváme kožním lalokem přetaženým z okolí, případně i ze vzdáleného místa. Výjimečně je možné ponechat defekt nevykrytý. V případě postižení víčkového okraje je nezbytná jeho rekonstrukce. Pooperačně je provedeno histologické vyšetření vzorku.

**Jaké jsou možné komplikace:**

- větší kožní 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),
- změna tvaru horního víčka,
- nedovírání oční štěrbin.

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

Dva dny chladné obklady a tlakový 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 očních víček</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