

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Operace odchlípení sítnice zevní cestou

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 odchlípení sítnice.

Co je odchlípení sítnice:

Odchlípení sítnice je stav, kdy je sítnice odloučena od svých vyživujících vrstev a nazdvižena tekutinou. Stav je způsoben natržením sítnice úrazem nebo v rámci vrozených či věkových změn. Principem operačního výkonu je uzavření všech trhlín jizvou a přiložení sítnice.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Očekávaným přínosem operace je obnovení anatomie oka, zlepšení vidění a zabránění jeho ztráty.

Alternativy výkonu:

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

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Rozkapání zornice před operací. Obvyklá opatření před celkovou anestézií (nejíst, nepít, nekouřit) od večera před operací

Jaký je postup při provádění výkonu:

Operace se provádí při hospitalizaci v celkovém znecitlivění. Spočívá v uzavření trhlín našitím silikonového materiálu na oko (plomba, cerkláží pásek), který změni tvar oka. Ošetření sondou s nízkou teplotou (kryoterapie) umožní žádoucí přijizvení sítnice. K posílení účinku můžeme oko vyplnit vstřebatelným plynem.

Jaké jsou možné komplikace:

- otok víček,
- změny nitroočního tlaku,
- riziko pooperační infekce,
- krvácení do sklivce a do sítnice, zcela výjimečně může dojít k výraznějšímu krvácení, které může vést ke slepotě oka (expulsivní hemoragie),
- změna dioptrického stavu oka,
- trvalý pokles vidění (odchlípení sítnice je vidění ohrožující stav s nejistou prognózou).

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Je nezbytná dobrá spolupráce nemocného při potřebném polohování hlavy. K pooperační péči patří kontroly stavu oka a sítnice asi 4 následující dny, dále pak kontroly s odstupem týdne, 3 a 6 týdnů a 3 měsíců podle stavu. Zpočátku vkapávání protiinfekčních kapek a rozšíření zornice.

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:

Operace odchlípení sítnice zevní cestou
--

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