

## Informovaný souhlas zákonného zástupce s výkonem

### Operace šilhání u dětí

#### Vážení rodiče,

vzhledem k tomu, že jako zákonný zástupce se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu zvoleném u Vašeho dítěte, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informováni.

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu, či aktuálního zdravotního stavu Vašeho dítěte, byla Vám, (Vašemu dítěti) indikována lékařem operace šilhání.

#### Co je šilhání:

Šilhání je stav, kdy při nahlížení předmětu do dálky nebo do blízka, nesměřují osy vidění obou bulbů souměrně k témuž bodu a kdy není přítomno současné vidění oběma očima.

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

Operace je součástí komplexní léčby šilhání a je navrhována tehdy, když nelze konzervativní cestou docílit zmenšení či vyrovnání nesouměrného postavení očí nebo pacient nedokáže srovnat rozdvojení obrazu.

Očekávaným přínosem je kosmetické narovnání očí, odstranění dvojitého vidění a navození hloubkového vidění.

V případě, že výkon nebude proveden, nelze očekávat úpravu stavu, tedy kosmetické narovnání očí, odstranění dvojitého vidění nebo navození prostorového vidění.

Takto skutečnost se může negativně projevit např. při volbě povolání.

#### Alternativy výkonu:

V současné době neexistuje adekvátní alternativa k tomuto výkonu.

#### Jaký je režim pacienta před výkonem:

Pacient nesmí 6 hodin před operací jíst ani pít. Dítě nesmí mít projevy zánětu – opar, ječné zrno, rýmu, kašel.

#### Jaký je postup při provádění výkonu:

Principem operačního výkonu je oslabující nebo posilující výkon na jednom nebo více zevních očních svalech. Operace se provádí při hospitalizaci v celkové anestézii a samotný výkon trvá 15-40 minut.

Oči jsou pod obvazem přibližně 24 hodin. Pokud nenásleduje podle předem domluveného léčebného programu následná rehabilitace současného (=binokulárního) vidění, lze hospitalizaci do 2 dnů ukončit.

#### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Možnými komplikacemi může být větší krevní výlev pod spojivku operovaného oka, ohraničený defekt povrchní vrstvy rohovky, zmnožení jizevnaté tkáně kolem vstřebávacího se stehu nebo přechodné dvojité vidění.

I přes veškerou opatrnost a snahu může dojít k závažnějším komplikacím, kterými jsou: přetržení zevního očního svalu nebo pronikající poranění bělimy.

V případě velkého šilhání nebo hrozícího dvojitého vidění se doporučuje rozložit operaci do dvou samostatných výkonů.

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

Pooperační péče vyžaduje kapání desinfekčních kapek, event. použití desinfekční masti a nelze opomenout nošení vlastní brýlové korekce. Doporučeny jsou také tmavá ochranná skla, zvláště za jasných slunečných dnů. Do 3 dnů lze přistoupit k rehabilitačním zrakovým cvičením. Náročnější sportovní aktivitu, veřejné bazény nedoporučujeme po dobu 3-4 týdnů.

**Identifikační údaje pacienta(tky):**

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

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

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

**Plánovaný výkon:**

<b>Operace šilhání u dětí</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 zákonného zástupce, opatrovníka