

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Operace sítnice cestou PPV (vitrektomie)

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 sítnice cestou PPV (pars plana vitrektomie).

Co je vitrektomie:

Vitrektomie je odstranění sklivce (gelové tkáně vyplňující nitro oka).

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Vitrektomie je používána tam, kde jiná operační technika by nevedla k zachování nebo zlepšení vidění. K těmto stavům počítáme dlouhotrvající krvácení do nitra oka, těžké změny při cukrovkovém poškození sítnice, komplikovaná odchlípení sítnice s četnými trhlinami a vytvořeným jizvením a závažné nitrooční záněty. Je to také jediná technika pro odstranění cizího tělesa nebo do sklivce vtlačené čočky.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Příprava k operaci záleží na příčině, pro kterou je operace indikována. Většinou není potřebná. Před celkovou anestézií je příprava potřebná – nejíst, nepít, nekouřit od večera před operací.

Alternativy výkonu:

Výkon nemá srovnatelnou alternativu.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Operace je prováděna většinou při hospitalizaci, v místním nebo celkovém znecitlivění podle dohody s nemocným a podle jeho celkového stavu. Třemi otvory do nitra oka pro nástroje je odstraněna všechna změněná tkáň, aby umožnila sítnici znovu se rozvinout a pokud možno obnovit nejen polohu ale i svou funkci. K udržení sítnice ve správné poloze je jednak použito laserového ošetření, někdy také užíváme pomalu se vstřebávající plyn nebo silikonový olej. Plyn sám vymizí podle užitého množství asi za 1-8 týdnů, olej může být ponechán trvale nebo odstraněn po několika měsících.

Jaké jsou možné komplikace:

- změna dioptrické hodnoty oka působením silikonového oleje (asi + 5 D),
- následné zkalení vlastní čočky (netýká se umělé čočky),
- výkyvy nitroočního tlaku (časté, léčitelné),
- následné krvácení do nitra oka, vzácně může dojít k výraznějšímu krvácení, které může vést ke slepotě oka (expulsivní hemoragie),
- vznik nových děr v sítnici a obnovený tah s odchlípením,
- opakující se a již neošetřitelné jizvení sítnice, následkem bývá špatná zraková funkce.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Pooperační péče vyžaduje denní sledování asi po 5 dnů (většinou při pobytu v nemocnici), často je nutná spolupráce nemocného při vynuceném polohování hlavy, aby tlak na sítnici byl v žádoucích místech (většinou čelem dolů). Vkapávání protizánětlivých léků, případně stabilizace očního tlaku kapkami. Následné kontroly po propuštění domů závisejí na stavu oka.

Při použití plynu nesmí nemocný letět letadlem, dokud plyn není vstřebán !!!

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 sítnice cestou PPV (vitrektomie)

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