

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Selektivní laserová trabekuloplastika (SLT)

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 byl lékařem indikován operační zákrok – selektivní laserová trabekuloplastika (SLT).

Co je to SLT:

Principem operačního výkonu je rozšíření přirozené cesty pro odtok oční tekutiny laserem s následným snížením nitroočního tlaku.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Operace je nemocnému navrhována většinou tehdy, kdy dosavadní terapie už nedostatečně udržuje vhodnou výši nitroočního tlaku a dochází k dalším poruchám zorného pole a snižování vidění, ale může být i metodou první volby (před nasazením očních kapek).

Očekávaným přínosem operace je snížení nitroočního tlaku, zastavení dalšího postupu onemocnění nebo i snížení počtu užívaných kapek.

Alternativy výkonu:

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

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Není třeba žádných režimových opatření.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Samotný operační výkon se většinou provádí ambulantně v místním znečistlivění, jeho trvání je při dobré spolupráci pacienta(tky) a operátéra do 20 minut. Zákrok je bolestivý minimálně nebo vůbec.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Ke komplikacím SLT patří mírné zvýšení nitroočního tlaku ihned po operaci s postupnou stabilizací. Po další individuálně dlouhé době (měsíce, roky) může dojít opět ke zvýšení nitroočního tlaku a je možné výkon zopakovat, případně zvolit jiný terapeutický postup. Část pacientů pozoruje přechodné mírné zamlžení vidění po výkonu. Četnost komplikací je velmi nízká.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Preoperační péče vyžaduje asi týdenní léčbu protizánětlivými očními kapkami dle doporučení operátéra a kontroly očního tlaku. Je vedena formou ambulantních kontrol. Běžné fyzické aktivity nejsou omezeny.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

Plánovaný výkon:

Selektivní laserová trabekuloplastika (SLT)
--

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