

Cyklokryokoagulace

Poj.:

Strana 1 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

Vážená pacientko, vážený paciente, vážení rodiče,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu (zdravotnímu stavu Vašeho dítěte) je Vám doporučeno provedení výše uvedeného zákroku (výkonu). Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku. Seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout dát k provedení zákroku svůj souhlas.

Zákonný zástupce pacienta: - - -

Lékař, který provedl poučení: FlexFormClientExt

Co to je cyklokryokoagulace:

Jedná se o metodu destrukce části ciliárního tělíska sondou ochlazenou tekutým dusíkem o teplotě -70 C. Ciliární tělísko je zodpovědné za produkci nitrooční komorové vody. Nadměrná produkce, nebo častěji zhoršený odtok této tekutiny způsobuje zvýšení nitroočního tlaku. Pomocí cyklokryokoagulace provádíme záměrnou destrukci ciliárního tělíska, čímž dochází ke snížení produkce nitrooční komorové vody a sekundárně i ke snížení nitroočního tlaku.

Kdy tuto metodu volíme / Kteří pacienti jsou k této metodě indikováni/:

K zákroku indikujeme pacienty u kterých se již vidění postiženého oka nedá zlepšit nebo zachránit a pacient trpí bolestivostí v této oblasti.

Jak tato operace probíhá:

Po místním umrtvení, které aplikujeme injekčně do oblasti orbity a spojivky provádíme mražení ciliárního tělíska přes spojivku cirkulárně kolem okraje rohovky v rozsahu od 180st. do 270 st. Vynecháváme jeden kvadrant - nejčastěji dolní nasální. Zákrok trvá něco kolem 20 minut.

Režim pro pacienta před výkonem:

Před výkonem pacientovi aplikujeme retrobulbární anestezii (anestetikum se zavede kolem očního bulbu).

Režim pro pacienta po výkonu:

Nutný klidový režim. Oko po zákroku je na jeden den překryto krytím (monokulus). Analgetizace dle potřeby.

Jaké mohou být komplikace cyklokryokoagulace:

Peroperační. Bolestivost - v případě, že bolest bude výrazná přidáme místní umrtvení pod spojivku.
Pooperační: Pooperační bolestivost je při tomto zákroku obvyklá. Řeší se podáním analgetik.

Alternativy léčby:

Aplikace Plegomazinu pod oční bulbus, cyklofotokoagulace

Možné důsledky alternativy léčby:

Aplikace Plegomazinu vede k dlouhodobé anestezii nerovných zakončení uložených v oblasti za bulbem. Cyklofotokoagulace vede k destrukci řasnatého tělesa. Destrukce však není provedena v takové míře jako při cyklokryokoaguaci a tudíž hrozí přetrvávající vysoký nitrooční tlak a bolestivost bulbu.

Cyklokrykoagulace

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

Prohlášení o informovaném souhlasu:

Prohlašuji, že jsem tento informovaný souhlas četl(a) a že mi bylo lékařem sděleno a vysvětleno:

- jaký je účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky, možná rizika a komplikace výkonu,
- zda plánovaný výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost si zvolit jednu z alternativ,
- k jakým omezením v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti a změnám v pracovní způsobilosti může příslušný zdravotní výkon vést,
- jaký léčebný režim, následná zdravotní a preventivní opatření jsou vhodná po plánovaném výkonu.

Dále prohlašuji, že jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co považuji v souvislosti s navrhovaným výkonem za podstatné, a že moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny.

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a) a považuji své poučení za dostatečné.

Prohlašuji, že na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením navrhovaného zdravotního výkonu.

Souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžádaných neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života byly tyto výkony provedeny.

Byl(a) jsem také poučen(a) o tom, že mohu svůj souhlas s lékařským výkonem kdykoliv před zákrokem odvolat.

Jako zákonný zástupce

nezletilého pacienta,

pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, nebo

pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům

svým podpisem stvrzuji, že jsem obdržel příslušné informace a že tyto výše uvedené informace byly v přiměřeném rozsahu a formě též poskytnuty pacientovi.

Ve Frýdku-Místku dne: 27.6.2016 07:02

podpis pacienta / zákonného zástupce

podpis lékaře

Podpis svědka poučení a souhlasu pacienta/zákonného zástupce, pokud pacient/zákonný zástupce není schopen se vlastnoručně podepsat:

Důvod, pro nějž pacient/zákonný zástupce není schopen se podepsat:

- - -

Způsob, jak pacient/zákonný zástupce projevil svou vůli:

- - -

Cyklokryokoagulace

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

Jméno, příjmení, podpis svědka: - - -

podpis svědka (svědků)

POUZE VZOR, NEVYPLŇUJTE!