

NdYAG kapsulotomie - pozitivní

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 a dát k provedení zákroku svůj souhlas.

Zákonný zástupce pacienta: - - -

Lékař, který provedl poučení: **FlexFormClientExt**

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. Na základě Vašeho aktuálního stavu Vám byl lékařem indikován operační zákrok - NdYAG kapsulotomie.

Co je to sekundární šedý zákal?

Sekundární šedý zákal je zkalení zadního pouzdra původní čočky, o které se „opírá“ implantovaná umělá nitrooční čočka. Způsobuje pokles vidění nebo rozmazaný obraz. Tato komplikace se většinou dostavuje několik měsíců až let po operaci šedého zákalu. Souvisí také s kvalitou provedení operace a s kvalitou implantované umělé nitrooční čočky. Jedním z řešení odstranění sekundárního šedého zákalu je laserový zákrok - Nd YAG-kapsulotomie.

Jak se provádí NdYAG - kapsulotomie?

Principem NdYAG-kapsulotomie je provedení otvoru v zadním pouzdře čočky pomocí speciálního laserového přístroje. Výsledkem provedení výkonu je zlepšení vidění, pokud ovšem nejsou přítomné žádné patologické změny na očním pozadí, které nebylo možno zjistit před výkonem.

Jedná se o ambulantní výkon, trvající cca 10-15 minut. Procedura se skládá z následujících kroků: pacientovi se rozšíří zornička mydriatiky, aplikuje se lokální anestetikum- instilací kapek. Na přístroji podobném šterbinové lampě, která se používá při běžném očním vyšetření, se pacientovi přichytí hlava páskou a na oko se nasadí speciální čočka. Pacient se dívá rovně před sebe a nehýbe očima. Laserový paprsek se zaměří na zadní pouzdro původní čočky a několika impulsy se provede v centru kruhový otvor v rozsahu rozkapané zornice. Během tohoto kratičkého léčebného zásahu pacient vnímá zvuk, ale necítí žádnou bolest. Po laserovém zákroku pacient jsou aplikovány do oka oční kapky a mast proti zánětu a zvýšení nitroočního tlaku, oko je sterilně překryto obvazem jen na několik hodin.

Pooperační průběh:

Pacient si kape cca po dobu jednoho týdne po výkonu speciální oční kapky pro zklidnění oka. Ke kontrole u očního lékaře je zván za 2 až 3 dny po zákroku. Zhruba 24 hodin po zákroku může vidět neostře, pak se stav během několika dnů upraví.

Alternativy zákroku:

Jedinou alternativou je nitrooční operační výkon, kdy se axiální část zkaleného původního zadního pouzdra čočky odstraní pinzetou, někdy stačí zkalení odsát tzv. bimanuální irigací-aspirací. Jedná se však oproti laserovému ošetření o zákrok, kdy pooperačně může dojít k postižení oka nitroočním zánětem s nebezpečím až ztráty vidění.

Jaké mohou být komplikace po NdYAG kapsulotomii?

- dočasně snížená zraková ostrost - vlivem nasazené čočky, vymizí po několika hodinách
- přechodný růst nitroočního tlaku - způsobený reakcí na rozrušení zadního pouzdra čočky, nasazujeme konzervativní

NdYAG kapsulotomie - pozitivní

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

terapii.

- sterilní zánět v oku - způsobený reakcí oka na rozrušení zadního pouzdra čočky, nasazujeme konservativní terapii.
- vnímání větších zákalků v oku - jsou způsobené uvolněnými zbytky zkaleného zadního pouzdra čočky, které po zákroku v oku zůstávají volně plovoucí v zadních částech oka, viditelné především při prudkých pohybech oka a hlavy.
- zasažení umělé čočky laserem - při pohybech oka při zákroku nebo při chybném zaměření zadního pouzdra. Vznikají drobné zákalky v optické části umělé čočky, většinou v periferních částech, pacient je nevnímá.
- odchlípení sítnice - velmi výjimečná komplikace, vzniká na oku s již předem oslabenou a ztenčenou sítnicí. Řešením je operace na specializovaném pracovišti, v našem případě u nás.

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 vyžadujících 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**

NdYAG kapsulotomie - pozitivní

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

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:

Jméno, příjmení, podpis svědka: ---

podpis svědka (svědků)