

Sondáž a kanylace slzných cest u dospělých

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. a

Zákonný zástupce pacienta: - - -

Lékař, který provedl poučení: FlexFormClientExt

Co je neprůchodnost slzných cest

Neprůchodnost slzných cest je ucpaní fyziologické slzné cesty, která bez chirurgického řešení neplní svou fyziologickou funkci, tj. neodvádí slzy z oka a vede k následnému slzení, hlenění, opakovanému zánětu spojivek oka a někdy i zánětu slzného vaku.

Postup výkonu

Přes dolní a horní punctum víčka se zavádí sonda, kterou se snažíme zprůchodnit slzné cesty. V některých případech jsme nuceni použít silikonové vlákno, které zavedeme slzným kanálkem přes slzný vak do nosové dutiny. Tam se vlákno pod endoskopickou ORL kontrolou zauzlí. Po sondážích se nejčastěji aplikují antibiotika v kombinaci se steroidem po dobu 5 - 7 dní. Silikonová kanylka se ponechává cca 3-6 měsíců, pak se vytáhne.

Režim pro pacienta před výkonem

V případě sondáže žádná speciální předoperační příprava není potřebná.
V případě kanylace slzných cest je předoperační příprava v rámci přípravy na celkovou anestezii.

Režim pro pacienta po výkonu

Pacienti musí pravidelně aplikovat oční kapky nebo mast do daného oka. Tato terapie by měla trvat cca 3 týdny.

Komplikace

Při sondáži může dojít k poškození kanálku a slzného vaku, s následkem trvalého zjizvení. Tyto komplikace jsou však vzácné.

Alternativy léčby

Možno zákrok nepodstoupit a nadále provádět konzervativní léčbu. Konzervativní léčba spočívá v provádění masáží slzného vaku 5x denně s aplikací desinfekčních či antibiotických kapiček a čištěním nosní dutiny dle potřeby. Zásadním obecným problémem je to, že neléčení neprůchodnosti slzných cest může vést k jejich trvalému uzavření a později se nevyhneme komplikovanějším operačním zákrokům.

Sondáž a kanylace slzných cest u dospělých

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 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**

podpis pacienta / zákonného zástupce

podpis lékaře

Sondáž a kanylace slzných cest u dospělých

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

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)

POUZE VZOR, NEVYPLŇUJTE!