

Sondáž slzných cest u dětí

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

Co je vrozená neprůchodnost slzných cest

Vrozený uzávěr ductus nasolacrimalis je poslední část odvodného slzného systému, která se spontánně zprůchodňuje často až v průběhu několika prvních týdnů života. Obstrukce se projevuje v prvních měsících po narození slzením a hleněním. Léčba v prvních měsících života spočívá v konzervativním přístupu s možností spontánního zprůchodnění slzných cest v 85-90% případů. Při neúspěchu konzervativní léčby přistupujeme k průplachu a sondáži zpravidla po 4. měsíci věku. Účinnost první sondáže u vrozené neprůchodnosti je 85-95%.

Jak se provádí sondáž slzných cest?

Přes dolní a horní punctum víčka se zavádí sonda slzným kanálkem přes slzný vak do nosové dutiny. Po sondáži se nejčastěji aplikují antibiotika v kombinaci se steroidem po dobu 5-7 dní a masáže slzných cest. V některých případech je nutno výkon opakovat, nejdříve za cca 14 dní. V případě, až ani opakovaný výkon nezprůchodní odvodné slzné cesty, dětský pacient je odeslán na vyšší pracoviště k navržení dalšího postupu. V některých případech již při první sondáži zjistíme výraznou obstrukci k odvodným slzným cestám, kterou nelze vyřešit jednoduchou sondáží. Tyto pacienty odesíláme rovněž na vyšší pracoviště k dalšímu řešení.

Režim pro pacienta před výkonem:

Není potřebná žádná speciální předoperační příprava.

Režim pro pacienta po výkonu

Rodiče dětského pacienta jsou povinni pravidelně aplikovat dítěti oční kapky nebo mast do daného oka. Provádět pravidelně masáže vnitřního koutku oka. Tato terapie by měla trvat cca 3 týdny.

Komplikace

Při sondáži může dojít k poškození kanálku a slzného vaku, proniknutí sondy do prostoru kolem kanálku a krvácení ze slzného kanálku, 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 nevyhne komplikovanějším operačním zákrokům.

Sondáž slzných cest u dětí

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 slzných cest u dětí

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!