

Vypuštění silikonového oleje ze sklivcového prostoru oka

Poj.:

Strana 1 / 3

DG:

C.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**

Evakuace silikonového oleje

Učel operace:

Vypuštění silikonového oleje ze sklivcového prostoru oka. Provádí se tehdy, když už není nutná přítomnost oleje pro držení sítnice nebo tamponádu krvácení.

Provedení:

Operace se provádí v místním umrtvení - subtenonské nebo retrobulbární injekci. Pomocí jednoho drobného otvoru přivádíme do oka tekutinu, která olej nahrazuje a druhým otvorem postupně vytéká silikonový olej. Rychlost vytékání můžeme regulovat výškou přitékající infuze. V okamžiku, kdy je silikonový olej nahrazen speciálním infuzním roztokem se obě ranky uzavřou stehem. Někdy je steh následován tzv. kropexí = pomražením ranek k urychlení jizevnatých procesů hojení.

Režim pro pacienta před výkonem:

Bez zvláštní přípravy. Mydriatické kapky.

Režim pro pacienta po výkonu:

Klidový režim. Lokálně ATB kapky.

Alternativní postup:

V některých zvláště závažných případech, silikonový olej musí být ponechán v oku a jen v případě emulsifikace oleje je vyměněn za nový silikonový olej. Ve většině případů je však možno evakuaci silikonového oleje z oka provést. V případě dlouhodobého poručení silikonového oleje v oku, jeho negativní účinky mohou převážit jeho benefit a může dojít k navýšení nitroočního tlaku oka se všemi neblahými důsledky - jako je například atrofie zrakového nervu a hlubší ztráta centrální ostrosti vidění.

Možné vedlejší projevy, rizika komplikace výkonu:

- Retrobulbární injekce: modřina (hematom) víčka, otok, perforace bulbu, krvácení nitrooční
- Peroperační: vznik šedého zákalu (katarakta), krvácení nitrooční, odchlípení sítnice
- Pooperační: infekce, odchlípení sítnice, přechodně nižší nitrooční tlak, odchlípení sítnice

Léčebný režim a omezení:

- Dodržovat aplikaci antibiotické masti nebo kapek.
- Kontroly nitroočního tlaku a stavu sítnice

Vypuštění silikonového oleje ze sklivcového prostoru oka

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

C.chorobopisu:

- Nezvedat těžká břemena v průběhu cca 3 týdnů.

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 zmeťám 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

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:

- - -

Vypuštění silikonového oleje ze sklivcového prostoru oka

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

C.chorobopisu:

Způsob, jak pacient/zákonný zástupce projevil svou vůli:

- - -

Jméno, příjmení, podpis svědka: - - -

podpis svědka (svědků)

pouze vzor, nevyplňujte!