

Nitrooční injekce antibiotik

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**

Vážená paní, vážený pane,

Na základě podrobného klinického vyšetření jsme se rozhodli Vám doporučit léčbu spočívající v injekčním nitroočním podání antibiotika. Je důležité, abyste porozuměl(a) všem okolnostem léčby, přijal(a) realistické možnosti úspěchu léčby i její možné komplikace.

Způsob intravitrální aplikace léčiva

Aplikace antibiotik do sklivcového prostoru oka provádíme ve sterilním prostředí očního operačního sálu - pod mikroskopem. Po předchozím rozšíření zornice a místním znecitlivění oka aplikujeme lék bezbolestnou injekcí do sklivce. Nejčastější důvod k aplikaci intravitreální injekce antibiotikem je endoftalmitida. Endoftalmitida je těžká nitrooční infekce, která bez léčby vede k velmi závažnému zrakovému poškození. Včasná léčba pomocí nitroočně zavedených antibiotik může snížit závažnost zrakového poškození. Upozorňujeme však, že při vzniku těžké endoftalmitidy ani časné podání antibiotik do sklivce nemusí zabránit těžkému poškození zraku.

Režim pro pacienta před výkonem:

Bez zvláštní přípravy, jen lokálně mydriatika

Režim pro pacienta po výkonu:

Lokální ATB kapky a mast

Komplikace léčby

Rizika nitroočních injekcí obecně představují riziko, které vzniká při aplikaci jakéhokoliv léku do sklivcového prostoru a může vést i k těžkému poškození oka a zdraví pacienta! Tato rizika jsou však omezená statisticky na minimum.

1) Lehčí komplikace:

vznik šedého zákalu, přechodné zvýšení nitroočního tlaku, krvácení do sklivcového prostoru

2) Závažnější komplikace:

- odchlípení sítnice

- alergická reakce - u malého množství nemocných může jakýkoliv lék způsobit alergickou reakci s projevy vyrážky, svědění, dušnosti a naprosto výjimečně i smrti. Trpíte-li alergií, informujte, prosím, očního lékaře!

- roztržení pigmentového epitelu, které způsobuje další pokles vidění - velmi vzácně.

Alternativy léčby:

V některých těžších případech je nutno podání intraokulární injekce spojit s operačním řešením - vitrektomií. Alternativou je i výkon neprovést, což má za následek další progresi zánětlivého stavu oka, které může skončit totální ztrátou vizu postiženého oka. V některých zvláště komplikovaných případech může dojít i ke zhoršení

Nitrooční injekce antibiotik

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

C.chorobopisu:

celkového stavu pacienta a rozšíření se infekce na okolní tkáň.

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

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

Nitrooční injekce antibiotik

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

C.chorobopisu:

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!