

Amniová membrána

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 to amniová membrána?

Amniová membrána je získána od dárců podle kritérií Evropské asociace tkáňových bank (EATB), české legislativy a kritérií Tkáňové banky FN Brno. Z dárcovství jsou dle definic výše uvedených směrnic vyřazeny osoby, které představují riziko přenosu AIDS nebo hepatitidy. Vzorek séra dárce je hodnocen na míru hemodiluce a vyšetřován na přítomnost HIV 1 a 2 (Ag/Ab), povrchového antigenu hepatitidy B (HBsAg), protilátek proti korovému antigenu hepatitidy B (anti-HBcore), protilátek proti hepatitidě C (anti-HCV), protilátek proti HTLV I a II (anti-HTLV-I a II), všechny tyto skriningové testy musí být negativní. Dále je vzorek testován na syfilis. Všechny analýzy probíhají v certifikovaných laboratořích s použitím testů s licenci EU. Po operaci je amniová membrána odpreparována, očištěna, lyofilizována a nakonec sterilizována zářením.

K čemu se amniová membrána používá?

Amniová membrána umožňuje přehojení defektů rohovky a spojivek, které nereagují na běžnou konzervativní či operační terapii.

Režim pro pacienta před výkonem

Základní zákrok se provádí za hospitalizace (pobyt na lůžku v nemocnici) Operace se běžně provádí v lokálním znecitlivění. Ráno se můžete lehce nasnídat a vzít léky.

Před nástupem do nemocnice podstoupíte interní předoperační vyšetření, který Vám zajistí Váš praktický lékař. Lékař zhodnotí výsledky a vyjádří se k Vaší schopnosti podstoupit místní či celkové znecitlivění. V případě, že jste alergický (vyrážka, dušnost apod.) na některé léky, upozorněte na to Vašeho ošetřujícího lékaře. Stejně tak upozorněte na to, zda berete léky na ředění krve, které je třeba s časovým předstihem vysadit, aby se upravila krevní srážlivost.

Postup výkonu

Základní zákrok se provádí na operačním stole. Po desinfekci operačního pole a zakrytí sterilní rouškou se provede lokální umrtvení. Provedeme očištění okrajů defektu. Amniovou membránou je defekt překryt a je uchycen pomocí stehů do spojivky nebo rohovky. Operační zákrok probíhá striktně pod mikroskopem. Operace trvá přibližně 45 - 60 minut. Na konci operace se na amniovou membránu nakapou kapky s antibiotiky a aplikuje se měkká kontaktní čočka nebo obvaz.

Režim pro pacienta po výkonu

Doba pobytu v nemocnici se pohybuje mezi 5 - 7 dny. V domácím prostředí budete dodržovat léčebný režim stanovený ošetřujícím lékařem, kapat kapky do oka a dostavovat se na kontroly ve stanovený termín. Délka pracovní neschopnosti se pohybuje v rozmezí několika týdnů. Po operaci si nesmíte oko mnout, plavat, potápět se, sportovat, pobývat v prašném prostředí. Dále nesmíte provádět těžkou fyzickou práci a řídit motorová vozidla po dobu, kterou Vám určí lékař. Vlivem aplikovaných kapek po operaci může být vidění operovaného oka přechodně zhoršené. Nevadí chůze, dívání se na televizi či práce s počítačem. Venku se doporučuje nosit tmavé brýle. Doporučuje se spát na

Amniová membrána

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

zádech na straně neoperovaného oka.

Komplikace

Alergická reakce na lokální umrtvení nebo desinfekční látku - nutná protialergická terapie. Její intenzita závisí od velikosti reakce.

Krvácení při zákroku - k drobnému krvácení dochází při každém chirurgickém zákroku. K výraznějšímu krvácení dochází při užívání antikoagulační nebo antiagregační terapie, která se proto před zákrokem vysazuje.

Jaké mohou být běžnější pooperační komplikace?

Vytvoření podkožního hematomu a otoku víček - drobné modřiny a otok vznikají v důsledku porušení celistvosti víček a narušení drobných cév kůže a podkoží vždy. Do 2 týdnů postupně odeznívají.

Zánět operační rány - vyskytuje se zcela výjimečně zanesením infekce pooperačně. Vlastní operace probíhá za zcela sterilních podmínek

Možné celkové nežádoucí účinky: přenos virů (hepatitidy, HIV a jiné) je možný bez ohledu na pečlivý výběr dárců a na skříninkové vyšetření.

Alternativy léčby:

Jako jinou možnost léčby lze provádět klasické obvazy oka, ale v některých případech hrozí alergie na náplast. V některých případech je možno ke krytí povrchu oka použít měkkou kontaktní čočku.

Další možnou alternativou je podstoupit perforující keratoplastiku rohovky. Jedná se o velmi náročnou operaci s velmi dlouhou dobou rekonvalescence, která je ohrožena častými rejekcemi štěpu. Provádí se jen na několika vybraných pracovištích v ČR.

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.

Amniová membrána

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

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:

Způsob, jak pacient/zákonný zástupce projevil svou vůli:

Jméno, příjmení, podpis svědka: ---

podpis svědka (svědků)