

Výplach přední komory oka

Poj.:	Strana
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:

Účel a povaha výkonu

Výplach přední komory (PK) oka provádíme v případě patologického obsahu přední komory (patologickým obsahem rozumíme krvácení, kousek čočky, ev. hnis). Indikacemi zákroku jsou stanovené přesné indikace.

Režim pacienta před výkonem

Zárok se provádí za hospitalizace (předpokládána doba hospitalizace je minimálně 2 dny). V den operace, před zákrokem, jsou do oka podány antibiotické kapky a proveden výplach Betadine v ředění 1:10. Ve většině případů se do oka instilují kapky na zúžení zornice.

Postup výkonu

Zárok se provádí na operačním sále pod mikroskopem. V místní anestezii, nejčastěji topické (kapkami), po přípravě operačního pole, nasadíme rozvěrač k zajištění stability otevřeného oka. Následně pomocí paracentézních vstupů pronikneme do PK oka, která se pomocí irigace a aspirace vypláchnou. V případě zánětlivého procesu v PK odebíráme část předně komorové tekutiny na mikrobiologické vyšetření. Po ukončení zákroku se v indikovaných případech do PK podávají antibiotika cefalosporinové řady a rohovka se uzavírá stromálním edémem, většinou bez nutnosti šití.

Režim pacienta po výkonu

Po zákroku je nutný klidový režim, kdy pacient dodržuje polohu v polosedě. Klidový režim. Krytí oka a aplikace antibiotických kapek a mastí. V případě pooperační bolestivosti oka podáváme analgetika.

Možné komplikace

V drtivé většině případů probíhá zárok nebolestivě a bez komplikací.

Motto nemocnice: Člověk je zrozen k vzájemné pomoci. L. A. Seneca

Relativně vzácnou komplikací může být dotek přední plochy čočky a následný vznik šedého zákalu. V případě, že pacient je již po operaci šedého zákalu a má umělou nitrooční čočku, toto nebezpečí nehrozí.

V některých případech se výplach PK musí opakovat. Ve zvlášť závažných případech infekce oka ani výplach přední komory a aplikace antibiotik do přední komory oka nezabrání dalšímu rozvoji nitrooční infekce a možné ztrátě postiženého oka.

Alternativy léčby

V případě zánětlivé (hnisavé) reakce v PK není jiné operační alternativy. Z důvodu nutnosti odběru PK tekutiny a mikrobiologickému zjištění agens je výplach PK nutným zákrokem.

V případě výraznějšího krvácení, které nereaguje na konzervativní léčbu nebo části čočkových hmot v PK je vhodné výplach provést v subakutním režimu. V indikovaných případech nejsou alternativy zákroku možné.

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.

.....
podpis pacienta / zákonného zástupce

.....
podpis lékaře

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

Motto nemocnice: Člověk je zrozen k vzájemné pomoci. L. A. Seneca

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