

Relaxační incize rohovky

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

Kdy limbální relaxační incizi (dále jen LRI) indikujeme?

LRI (limbální relaxační incize) nejčastěji indikujeme před operací katarakty, kdy víme, že po operaci zůstane zbytkový astigmatismus, který pacient nechce řešit pomocí torické čočky. V některých případech indikujeme tuto operaci samostatně, a to v případě výrazného rohovkového astigmatismu. LRI je účinné především u astigmatismu dle pravidla.

Režim pacienta před výkonem

Bez zvláštního režimu, jen lokálně anestetika v kapkách.

Postup výkonu

Výkon se provádí na operačním sále pod mikroskopem. V místním znecitlivění rohovky kapkami po přípravě operačního pole naložíme rozvěrač a po přiložení okrouhlého naváděče provedeme jeden nebo dva limbální nářezy v periferii rohovky max. do hloubky 90% tloušťky rohovky. Lokálně oko ošetříme ATB kapkami a mastí, krytí oka ponecháno do následujícího dne.

Režim pacienta po výkonu

Lokální ATB a kortikoidní kapky a mast

Možné komplikace

Rizika LRI jsou spojeny s porušením kontinuity povrchu rohovky

1. Lehčí komplikace:

- Vznik eroze - přechodné poškození povrchového epitelu oka, která způsobuje bolestivost v prvních hodinách a dnech po výkonu
- Kolísání kvality vidění v pooperačním období
- Zánětlivé postižení rohovky
- Jemné prosakování nitrooční tekutiny
- Zhoršení suchosti očí

2. Závažnější komplikace:

Vstup do PK- stav, který nutno řešit rohovkovým stehem. Jde o zcela výjimečnou komplikaci.

Alternativy léčby

Alternativní výkon je implantace torické nitrooční čočky. A v případě, že pacient nechce operační řešení astigmatismu, je možno předepsat cylindrickou brýlovou korekci.

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:

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)