

INFORMOVANÝ SOUHLAS S DROBNÝMI KOSMETICKÝMI ÚPRAVAMI NA OČNÍCH VÍČKÁCH

NA STRANĚ :

Jméno pacienta:

Rodné číslo:

štítek

Definice: Drobné kosmetické úpravy na očních víčkách znamenají odstranění malých kožních útvarů v okolí oka.

Cíl a důvod výkonu: Cílem je odstranit kožní útvary, které jsou nepřijatelné z kosmetického hlediska, nebo pro svou tendenci k růstu či pro omezování zorného pole. Sutura (šití) atraumatickým stehem zajišťuje dobrý kosmetický výsledek.

Alternativy k výkonu: Alternativou je pouze afekci (útvár) ponechat a sledovat zda neohrožuje pacienta nebo jeho zrak.

Příprava před výkonem: U pacientů léčených léky ovlivňujícími srážlivost krve je někdy potřebná krátkodobá úprava léčby. O vysazení léku či případné náhradní léčbě musí vždy rozhodnout Váš ošetřující lékař! Dále je nutné lékaře, provádějícího výkon, upozornit na případné alergie (zejména alergie na dezinfekci, léky, oční masti, kapky či lokální anestetika – léky na znecitlivění).

Postup při výkonu: Odstranění drobných útvarů na očních víčkách je výkon prováděný zpravidla v lokální (místní) anestezii. Odstranění se provádí dle rozsahu a povahy útvaru skalpelem, s následnou suturou (zašitím) rány. U menších afekcí je možno použít metodu tepelné koagulace elektrokoauterem (elektrokoauter je zařízení, které pomocí elektrického proudu zahřívá hrot specializovaného léčebného nástroje nebo sondy. Zahřátá sonda umožňuje zastavení krvácení.).

Průběh a péče po výkonu/případná omezení: V den výkonu doporučujeme klidový režim, běžná analgetika při bolestech a studený obklad na ošetřené víčko. V dalších dnech se aplikují doporučené oční masti, případné odstranění stehu se provádí zpravidla 5. až 7. den po výkonu. První den po operaci se nedoporučuje fyzická námaha a pobyt v prašném infekčním prostředí. Mechanické tření víček může ránu poškodit a způsobit krvácení.

Možné časté komplikace a následující rizika: Alergická reakce na dezinfekci, použité masti či lokální znecitlivující látky, ve vzácných případech anafylaktický šok (alergická, život ohrožující reakce na místně znecitlivující látky). Může dojít ke krvácení z rány, sekundární infekci, ischemii (neprokrvení) rány s následným rozpadem a odúmrtním tkání v okolí. Při snížené obranyschopnosti organismu nebo vlivem násilí (pád) může dojít k rozestupu operační rány. U predisponovaných jedinců nelze vyloučit vznik hypertrofické (zvětšení) jizvy. V důsledku jizvení nebo při výkonech většího rozsahu může dojít k deformaci víčka. Chirurgický výkon v oblasti očních víček bývá často doprovázen otokem a hematodem (modřinou) víček.

Datum:

Jméno lékaře: **Podpis lékaře:**

PACIENT / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:

1. Přečtete si laskavě pozorně text tohoto souhlasu.
2. Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se lékaře znovu zeptat.
3. Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište jej.

Já, pacient / zákonný zástupce prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a včas informován/a o povaze lékařského výkonu / lékařského postupu uvedeného výše, byl/a jsem též informován/a o možných rizicích tohoto výkonu. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny. Svě rozhodnutí činím po pečlivé úvaze a po posouzení všech rozhodujících skutečností.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:

- s uvedeným léčebným postupem,
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další související výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav / zdravotní stav opatrované osoby a vzhledem ke konkrétní situaci nebude možno získat můj aktuální souhlas.

Jsem srozuměn/a s tím, že:

- uvedený léčebný postup nemusí být proveden lékařem, který mne dosud ošetřoval,
- souhlas se pokládá za informovaný také v případě, že se podle § 32 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb. podání informace vzdávám.

Souhlasím s poskytnutím informací:

ano ne

Datum: **Podpis pacienta:**

Jméno a podpis zákonného zástupce (1):

Jméno a podpis zákonného zástupce (2):

Jméno a podpis pacientem určené osoby při přijetí v Informovaném souhlasu s hospitalizací:

.....
POKUD SOUHLAS NELZE PACIENTEM PODEPSAT, VYPLŇTE DLE SITUACE VARIANTU A) NEBO B):

a) **Jméno svědka (zdravotnický pracovník):**

Podpis:

Datum:

b) **Jméno svědka:** **Rodné číslo:**

Adresa bydliště: **Číslo OP:**

Datum: