

## INFORMOVANÝ SOUHLAS S ANTIGLAUKOMATOZNÍ OPERACÍ

NA STRANĚ: .....

**Jméno pacienta:** .....

**Rodné číslo:** .....

štítek

**Definice:** Antiglaukomatozní operace je operace zeleného zákalu.

**Cíl a důvod výkonu:** Účelem operace zeleného zákalu je snížit nitrooční tlak a tím zpomalit, v optimálním případě zastavit další postup onemocnění. Operace zelený zákal neodstraní, pouze ho stabilizuje.

**Alternativy k výkonu:** Operační řešení indikujeme, v případě že ostatní léčebné postupy selhaly, nebo není možné léčit jiným způsobem, například kvůli alergii. Alternativou je v krajním případě kryochirurgie (chirurgické zmrazení) řasnatého tělíska, která má však daleko více komplikací a riziko ztráty zraku je větší než u klasické antiglaukomové operace.

**Příprava před výkonem:** Před operací sestry podávají místně (tj. přímo do oka – očního koutku) antibiotika a anestetika (léky na znecitlivění) dle doporučeného schématu. Těsně před operací se aplikují anestetika do spojivkového vaku.

**Postup při výkonu:** Operace se provádí v lokálním (místním) znecitlivění. V místě odtoku nitrooční tekutiny se vytvoří malý otvor, kterým pak tekutina částečně odtéká pod spojivku, kde vytvoří tzv. filtrační polštářek. Tím dosáhneme žádaného snížení nitroočního tlaku.

**Průběh a péče po výkonu/případná omezení:** V pooperačním období pacient používá kapky s antibiotikem a kortikoidy (protizánětlivé léky) dle doporučeného schématu jako prevenci před infekčními komplikacemi a pro zajištění správného hojení.

**Možné časté komplikace a následující rizika:** Operace nemá obvykle vliv na zrakovou ostrost. Bezprostředně po operaci ovšem někdy může dojít k přechodnému zhoršení vidění, např. v důsledku krvácení nebo rychlého a výrazného poklesu nitroočního tlaku. V krajních a vzácných případech může být zhoršení trvalé. Riziko trvalého poklesu vidění zvyšuje přítomnost degenerací sítnice nebo pokročilé poškození zrakového nervu. Tyto změny se mohou při komplikovaném průběhu operace nebo v pooperačním období zhoršit. Velmi vzácnou, ale závažnou pooperační komplikací je infekční zánět. Projeví se zarudnutím a bolestí oka. Vyžaduje okamžitou léčbu.

Při optimálním průběhu samotného výkonu a pooperačním hojení vysazujeme po operaci antiglaukomovou léčbu. Může se však stát, že se nitrooční tlak vrátí na původní hodnoty a je nutné vrátit se k léčbě ve formě kapek.

**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 lékařovi doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny. Své 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:** .....