

INFORMOVANÝ SOUHLAS S EXSTIRPACÍ CHALAZEA

NA STRANĚ:

Jméno pacienta:

Rodné číslo:

štítek

Definice: Exstirpace chalazea je odstranění ječného zrna. Chalazeon je zánět mazové žlázy víčka. V chronickém stádiu, kdy dojde k opouzdření zánětu, se provádí incize (naříznutí) a ošetření zánětlivého ložiska. To vše v lokálním znecitlivění.

Cíl a důvod výkonu: Cílem operace je odstranění ječného zrna a tím předcházení recidivám

Alternativy k výkonu: není alternativa.

Příprava před výkonem: U pacientů léčených léky ovlivňujícími srážlivost krve je někdy potřebná krátkodobá úprava léčby. O vysazení léku či případné náhradní terapii 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: Po dezinfekci operačního pole provedeme místní znecitlivění pomocí kapek a infiltrační (injekce anestetika). Proštěpcem (držákem víčka) zabráníme krvácení a skalpelem a nůžkami odstraníme obsah ječného zrna a následně také vazivové pouzdro, Pokud volíme zevní cestu, tak ranku zajistíme kožním stehem. Na závěr podáváme oční mast s antibiotiky a kortikoidem (protizánětlivý lék) a přiložíme kompresní obvaz.

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 7. den po výkonu. V den operace se nedoporučuje fyzická námaha, otok a citlivost mírníme studeným obkladem.

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, zarudnutí a otoku víčka, deformaci nebo perforaci víčka, k sekundární infekci rány nebo může po operačním výkonu část ječného zrna přetrvávat.

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. 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: