

INFORMOVANÝ SOUHLAS S APLIKACÍ INJEKCÍ DO SKLIVCOVÉHO PROSTORU

NA STRANĚ:

Jméno pacienta:

Rodné číslo:

štítek

Název léčivého přípravku:

Cíl a důvod výkonu: Cílem zákroku je podání léku do prostoru sklivce a tím dosažení dostatečné koncentrace léku v místě působení při minimálním výskytu celkových účinků na organismus

Alternativy k výkonu: Nitrooční podání léku nemá ve většině případů jiné řešení. Jen v případě nitrooční operace lze aplikaci léku provést jako součást operace, nebylo-li plánováno využití účinku takto podaného léku v rámci předoperační přípravy. (V případě dotazů k této rozsáhlé problematice, se prosím obraťte na svého ošetřujícího lékaře. Děkujeme!)

Příprava před výkonem: výkon se provádí v místním znecitlivění (lokální anestezii) kapkami 0,4% Benoxi. Vlastní aplikaci předchází navození arteficiální mydriázy (rozšíření zornice oka) vkapáváním kapek do spojivkového vaku oka, na kterém je zákrok prováděn. Před výkonem můžete bez omezení jíst, pít, užít svoji obvyklou medikamentózní léčbu. Informujte prosím sestru či ošetřujícího lékaře o případných alergických reakcích na léky a závažných onemocněních, pro které jste léčen(a).

Postup při výkonu: Zákrok probíhá za aseptických podmínek. Pacient po desinfekci oka a očního okolí a sterilním zakrytí, dostane do oka rozvěrač (kovové pérko, které drží víčka otevřená). Operatér provede posunutí spojivky, a ve vzdálenosti 3,5 – 4 mm od limbu provede injekci velice tenkou jehlou (30G) a aplikaci přesně odměřeného množství léku (nejčastěji 0,05 ml). Na závěr je oko sterilně kryto speciální náplastí. Vlastní zákrok trvá několik vteřin a po třech hodinách si můžete oko odlepit.

Průběh a péče po výkonu/případná omezení: Nitrooční injekce se provádějí ambulantně. Bezprostředně po zákroku je oko kryto náplastí přibližně na 3 hodiny. Po třech hodinách si pacient sám oko odkryje. V den zákroku je třeba vyhnout se nadměrně prašnému prostředí, kontaktu s domácími mazlíčky, zvedání těžkých břemen, dále pak kontaktu oka s vodou. Zvláště opatrní buďte při ošetřování oka a očního okolí, je nutné dotýkat se pouze víček, dávat pozor na to, aby se 2 dny do oka nedostal žádný kosmetický prostředek.

O dalších kontrolách a jejich frekvenci rozhodne operatér dle nálezu

Je možné, že vzhledem ke stresu, indispozici, bolesti apod. může dojít po operaci ke snížení výdělku až ztrátě zaměstnání. Vyskytne-li se na druhém oku jakékoliv onemocnění, kromě tzv. onemocnění soucitného, není to v souvislosti s výkonem

I přes provedenou aplikaci léku může u pacienta dojít k další progresi onemocnění, která může skončit až ztrátou vidění.

Výhodou zákroku je podání léku do prostoru sklivce a tím dosažení dostatečné koncentrace léku v místě působení při minimálním výskytu celkových účinků na organismus. V následujících několika dnech se může vyskytnout slzení a kolísavé vidění operovaného oka.

Při výrazném či prudkém zhoršení vidění, výrazném zarudnutí oka nebo při zvyšující se bolesti oka se neprodleně dostavte ke kontrole.

Možné časté komplikace a následující rizika:

Hojení po zákroku většinou probíhá bez zvláštností. Příznivý výsledek žádného operačního výkonu však nemůže být garantován předem.

Komplikace mohou vzniknout během zákroku, ale i po něm.

K peroperačním (tj. vznikajícím během operace) a časným pooperačním komplikacím může patřit:

Zhoršení vidění v důsledku zhoršené průhlednosti rohovky, pupilární blok spojený se zvýšením nitroočního tlaku, zneokrouhlení zornice, zánět duhovky, nitrooční krvácení, poškození čočky.

Dále to může být trhlina či odchlípení sítnice, cévní uzávěr, nitrooční infekce (která, jako závažná komplikace může i přes usilovnou léčbu vést ke ztrátě vidění).

K pooperačním pozdním komplikacím patří: pokles horního víčka, zhoršení rohovkové průhlednosti, nitrooční srůsty, anatomická nebo funkční porucha zornice, zánět duhovky a cévnatky, zákaly ve sklivci nebo sklivcovém prostoru, nitrooční krvácení, trhlina a odchlípení sítnice, otok sítnice, cévní příhoda na sítnici, novotvoření cév na sítnici, postižení zrakového nervu, zvýšení nitroočního tlaku, dvojité vidění, nitrooční infekce.

Vyskytne-li se některá z uvedených komplikací, může si vyžádat další konzervativní léčbu (kapky, masti, tablety) nebo následný chirurgický zákrok dle indikace lékaře.

Protože není možné vyjmenovat každou komplikaci, je jejich seznam na tomto formuláři neúplný.

Datum:

Jméno lékaře: **Podpis lékaře:**

PACIENT / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:

1. Přečtěte 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:

.....

Obnovení informovaného souhlasu k opakovaným aplikacím

Datum: Podpis lékaře: Podpis pacienta.....

Datum: Podpis lékaře: Podpis pacienta.....

Datum: Podpis lékaře: Podpis pacienta.....

Datum: Podpis lékaře: Podpis pacienta.....

Datum: Podpis lékaře: Podpis pacienta.....

Datum: Podpis lékaře: Podpis pacienta.....

Datum: Podpis lékaře: Podpis pacienta.....

Datum: Podpis lékaře: Podpis pacienta.....

Datum: Podpis lékaře: Podpis pacienta.....

Datum: Podpis lékaře: Podpis pacienta.....

Datum: Podpis lékaře: Podpis pacienta.....

Datum: Podpis lékaře: Podpis pacienta.....

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: