

## Kryodestrukce (cyklokryokoagulace) ciliárního tělesa

### Pacient (štítek)

---

Jméno a příjmení:

---

Rodné číslo:

Bydliště:

---

### Zákonný zástupce

---

Jméno a příjmení:

Datum narození:

---

#### **Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,**

v předkládaném formuláři si přečtete informace o kryodestrukci, cyklokryokoagulaci ciliárního tělesa.

Pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohl(a) rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení.

#### **Co je kryodestrukce ciliárního tělesa:**

Principem operace je zajizvení části ciliárního tělesa, kde se tvoří nitrooční tekutina působením mrazu, a tím snížení nitroočního tlaku.

#### **Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:**

Důvodem kryodestrukce ciliárního tělesa je velmi bolestivý sekundární typ zeleného zákalu, nezvládnutelný konservativní léčbou, stav, kdy dosavadní léčba neudrží vhodnou výši nitroočního tlaku.

#### **Jaký je režim pacienta před výkonem:**

Předoperační vyšetření, jinak před výkonem není třeba zvláštních opatření.

#### **Jaký je postup při provádění výkonu:**

Výkon se provádí pro bolestivost v celkové anestezii.

#### **Jaké jsou možné komplikace a rizika:**

Časné zvýšení nitroočního tlaku ihned po operaci – přechodně, při nedostatečném snížení nitroočního tlaku nutnost opakování zákroku, nitrooční krvácení, otok spojivky, popisováno je i zhoršení vidění po výkonu, následná atrofie (zmenšení) očního bulbu.

#### **Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:**

Aplikace očních mastí, přechodně po zákroku léky proti bolesti.

#### **Jaké jsou možné alternativy výkonu:**

Alternativní způsob – destrukce Leksellovým gama nožem.

V konečných stádiích bolestivého slepého oka je možné odstranění oka jako celku.

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Byly mi vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). Lékařem jsem byl(a) poučen(a) o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.

**S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.**

**Datum:**

\_\_\_\_\_  
Podpis pacienta nebo zákonného zástupce

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis ošetřujícího lékaře, který vysvětlující pohovor provedl

**Pacient(ka) není schopen(a) podpisu. Svůj souhlas vyjádřil(a):**

popište způsob:

\_\_\_\_\_  
Jméno, příjmení a podpis svědka

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře