

Operace pterygia

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 operaci pterygia.

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 pterygium:

Pterygium (duplikatura fibrovaskulární tkáně) způsobuje přerůstání spojivky na rohovku trojúhelníkovitého tvaru, která vzniká častěji v nasální části spojivky a aktivně přerůstá přes rohovku směrem k centru.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Pterygium může způsobovat podráždění oka, zčervenání, vznik zakřivení rohovky (astigmatismus), pokles vidění. Pacient může být i zcela bez potíží, ale vadí mu nález kosmeticky. Chirurgické odstranění má omezit či zabránit vzniku výše uvedených příznaků.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Předoperační vyšetření není nutné. U pacientů léčených léky ovlivňujícími srážlivost krve je někdy potřebná úprava léčby na krátký časový interval. O vysazení léků či případné náhradní léčbě musí vždy rozhodnout Váš ošetřující lékař či kardiolog! Dále je nutné lékaře upozornit na případné alergie (zejména alergie na dezinfekci, léky, oční masti, kapky či lokální anestetika). Pracovní neschopnost je vhodná u pacientů s profesí v prašném či znečištěném prostředí.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Operační výkon se provádí v lokálním znecitlivění ambulantně.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Alergická reakce na dezinfekci, použité masti či lokální znecitlivující látky, ve vzácných případech anafylaktický šok (alergická, život ohrožující reakce na místně znecitlivující látky), krvácení, otok, infekce rány s přestupem na okolní tkáň.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

V den operace ATB mast a krytí obvazem, další dny důsledné dodržování hygienického režimu, aplikace hojivých mastí. Kontroly dle doporučení lékaře, odstranění stehů 7. den po operaci.

Jaké jsou možné alternativy výkonu:

Alternativní zákrok neexistuje.

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky, 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 se 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 vysvětluje 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