

## Paracentéza oka

### Pacient (štítek)

---

Jméno a příjmení:

---

Rodné číslo:

Bydliště:

---

### Zákonný zástupce

---

Jméno a příjmení:

Datum narození:

---

### Vážená paní, vážený pane,

v předkládaném formuláři si přečtete informace o paracentéze oka.

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 paracentéza:

Paracentéza je vytvoření incize (malého otvoru) skrz všechny vrstvy rohovky v oblasti sklerokorneálního přechodu (přechod bělimy a rohovky) kovovým nebo diamantovým nožem.

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

Důvodem paracentézy je rychlé snížení nitroočního tlaku komorové tekutiny při stavech akutního uzávěru centrální tepny krevní sraženinou (embolem), a tedy snaha o jeho uvolnění a posunutí do periferie a tím i větší šanci na zlepšení vidění.

### Jaký je režim pacienta před výkonem:

Zárok je prováděn pouze v akutním stavu, bezprostřední příprava spočívá v aplikaci anestetických (znetcivujících) kapek a antibiotických kapek před samotným zákrokem.

### Jaký je postup při provádění výkonu:

Zárok se provádí v lokální anestezii na operačním sále pod mikroskopem za sterilních podmínek.

### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Možné infekční komplikace po otevření obalu oka.

### Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Po operaci pacient aplikuje do oka oční antibiotické kapky nebo mast, doporučeno je tělesné šetření, oko nemnout, nevyvíjet na oko tlak.

### Jaké jsou možné alternativy výkonu:

Alternativní postup znamená vkapávání kapek na snížení nitroočního tlaku spojené s masáží bulbu (oční koule). Tato metoda však nemusí být tolik účinná.

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 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 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