

Aplikace cefuroximu po operaci šedého zákalu

Pacient (štítek)

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Zákonný zástupce

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Vážená paní, vážený pane,

v předkládaném formuláři si přečtete informace o aplikaci cefuroximu na závěr operace šedého zákalu.

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 cefuroxim:

Cefuroxim je širokospektré antibiotikum z řady cefalosporinů, které se aplikuje v závěru operace šedého zákalu do přední komory oka.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Důvodem je profylaxe – snížení incidence pooperační endoftalmitidy (pooperačního nitroočního zánětu).

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Před aplikací probíhá extrakce šedého zákalu s implantací umělé nitrooční čočky v lokální anestezii po znecitlivění kapkami za sterilních podmínek na operačním sále.

Jaký je postup při provádění výkonu:

V závěru operace šedého zákalu se malým servisním otvorem v rohovce aplikuje antibiotikum do přední komory oka.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Aplikace probíhá v rámci „off label“ terapie – tudíž mimo terapeuticky schválené spektrum v ČR.

Možné komplikace:

- alergická reakce

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Odpovídá režimu pacienta po operaci šedého zákalu.

Jaké jsou možné alternativy výkonu:

Pooperačně se standartně kapou antibiotika v kombinaci se steroidem do operovaného oka.

Aplikace cefuroximu je doplňující léčba ke snížení incidence těžkého pooperačního zánětu.

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.

Souhlasím s provedením výše uvedeného výkonu, případně s jeho opakováním v průběhu stávající ambulantní léčby.

Datum:

Datum:

Oko pravé

Oko levé

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