

Exstirpace chalazea či hordeola (odstranění ječného nebo vličího zrna)

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 exstirpaci chalazea či hordeola. 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 hordeolum nebo chalazeon:

Chalaseon – zánět Meibomovy žlázy, při přechodu do chronického stavu již nereaguje na konservativní terapii

Hordeolum – zánět Mollovy nebo Zeisovy žlázy způsobený nejčastěji stafylokoky

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Důvod zákroku – sanace (odstranění) zánětlivého ložiska.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

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).

Jaký je postup při provádění výkonu:

U dětí předoperační vyšetření dětským lékařem, většinou nutný výkon v celkové anestezii. U dospělých pacientů zákrok v lok. anestezii.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

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

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Dodržování hygienických postupů, aplikace desinfekčních prostředků, hojivých mastí. Kontroly dle doporučení lékaře, případné odstranění stehů 7. den po operaci.

Jaké jsou možné alternativy výkonu:

V některých případech aplikace protizánětlivých látek do ložiska zánětu.

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 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