

## Operace poranění spojivky

### 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 poranění spojivky. 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 operace poranění spojivky:**

Je to zákrok, při kterém Vám operatér ošetří ránu spojivky, která vznikla při úrazu oka.

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

Cílem operace je obnovení celistvosti oka, která byla porušena úrazem.

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

Příprava před výkonem není nutná s výjimkou opatření před celkovou narkózou (nejíst, nepít, nekouřit) – ihned.

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

Výkon se obvykle provádí v místním znecitlivění, u dětí a nespolupracujících pacientů je možné výkon provést v celkové anestezii (narkóze). Provádí se ozřejmění rány a vzniklých škod, pokud je přítomno cizí tělísko, bývá během tohoto výkonu vyjmuto a poté je rána zašita.

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

Možné komplikace jsou: rozestup rány, infekce rány s možným rozvojem hlubokého zánětu oka, alergická reakce na desinfekci, použité masti či lokální znecitlivující látky, ve vzácných případech anafylaktický šok (alergická, život ohrožující reakce na místně znecitlivující látky), krvácení. Komplikace se řeší přísně individuálně s ohledem na charakter poranění a závažnost komplikace.

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

Individuální režim dle doporučení operujícího chirurga, dodržování hygienických postupů, aplikace desinfekčních prostředků, hojivých mastí.

Kontroly dle doporučení lékaře, odstranění stehů 7. den po operaci.

**Jaké jsou možné alternativy výkonu:**

Tento výkon Vám byl doporučen jako nejvhodnější a nemá srovnatelnou alternativu.

**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