

## Plastická úprava chybného postavení očního víčka (entropium, ektropium, symblefaron, ankyloblefaron)

### 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 plastické úpravě chybného postavení očního víčka.

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 znamená chybné postavení očního víčka:

*Entropium* – vchlípení okraje víčka dovnitř, řasy dráždí spojivku a rohovku, komplikací může dojít k oděrkám na rohovce až vzniku vředu s možnou perforací rohovky

*Ektropium* – vyvrácení okraje dolního víčka, bývá provázeno nadměrným slzením a chronickým drážděním spojivky

*Symblefaron* – srůst víčka s očním bulbem, resp. tarzální a bulbární spojivky, vzniká v důsledku těžkých zánětů, poleptání popálení, v těžších případech narušuje pohyb oka

*Ankyloblefaron* – vrozený srůst okrajů víček, někdy spojen s dalšími vrozenými vadami oka, může vznikat i po těžkých poleptáních, je patrné zkrácení oční štěrbin

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

Všechny typy chybného postavení očního víčka nebo srůsty s povrchem oka je potřeba upravit. Oční víčko musí přiléhat okrajem na oko, jinak neplní správně svou funkci a je zdrojem trvalého dráždění oka. Očekávaným přínosem je obnovení správné funkce víčka.

### Jaký je režim pacienta před výkonem:

U zdravých pacientů nejsou před výkonem nutná žádná opatření. Pouze 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:**

Výkon se provádí v lokálním znecitlivění. Principem je plastická úprava kůže víčka a jeho těsného okolí, případně s použitím kůže z paže, ústní sliznice nebo chrupavky z ušního boltce (u symblefara a ankyloblefara) za účelem vytvoření správné pozice a tvaru víčka. Výsledný efekt závisí na samotné operaci.

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

Větší kožní krvácení, zejména u nemocných léčených léky ovlivňujícími srážlivost krve, nedokonalé hojení nebo rozestup (dehiscence) rány, následná infekce v ráně, nedovírání oční štěrbin, nedostatečná oprava postavení víčka, nadbytečná oprava postavení víčka, opakování srůstů s okolními tkáněmi, zejména u stavů po popálení/poleptání, alergická reakce na dezinfekci, použité masti či lokální anestetika (anafylaktická reakce je vzácná).

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

Základní probíhá ambulantně, v místním znecitlivění. Při větším rozsahu hospitalizace a operace v celkové anestezii, pracovní neschopnost je vhodná u pacientů s profesí v prašném či znečištěném prostředí. Po zákroku doma v den operace ledování operované oblasti, v dalších dnech aplikace antibiotické masti jako prevence infekce rány. Odstranění stehů probíhá spolu s kontrolou po 7–14 dnech. Další kontroly na doporučení ošetřujícího lékaře.

## **Jaké jsou možné alternativy výkonu:**

Alternativní možnost 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 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