

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

ODSTRANĚNÍ PŘEVISLÝCH VÍČEK

Vážená paní, Vážený pane,

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám bylo lékařem indikováno ODSTRANĚNÍ PŘEVISLÝCH VÍČEK. Máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(a).

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

Odstranit převislou kůži víčka, a tím zlepšit vidění pacienta, kosmeticky upravit víčko, zbavit pacienta pocitů svědění a řezání víčka. Alternativou je výkon plastického chirurga.

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

Operace se provádí v lokální anestezii, pacient se před výkonem může najíst, napít. Vynechat pouze konzumaci čaje a kávy z důvodu možnosti silného krvácení.

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

Pacient je v poloze na zádech, víčko se znecitliví vpichem znecitlivující látky. Lékař zakreslí tu část víčka, kterou je nutno odstranit. Po nástupu umrtvení se odpreparuje převislá část víčka, stává se krvácení a rána se sešije stehy. Zákrok končí aplikací antibiotické masti a krytím rány tlakovým obvazem.

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

Komplikací je bolestivost, krvácení, otoky víček, svědění víček, slzení.

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

Jedná se o ambulantní zákrok. Bolestivost trvá jeden den, pracovní neschopnost je nutná pouze v případě, kdy pacient pracuje v infekčním nebo prašném prostředí. Po 7 dnů je omezena fyzická aktivita, sport.


Po dobu 7 dnů se aplikuje mast s antibiotiky, za 7 dní vám budou vytaženy stehy, dále se pokračuje aplikací gelu Contractubex, pro ideální tvorbu jizvy. Na nejbližší kontrolu se dostavte den po výkonu, při potížích ihned. Obvaz oka je nutno ponechat do následujícího dne po výkonu.

razítko a podpis indikujícího lékaře

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly 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). S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím. Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

Identifikační údaje pacienta:

V Krnově dne:

Jméno:	Rodné číslo:	Podpis:
		

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Jméno:	Rodné číslo:	Podpis: