

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

**SEŠITÍ OČNÍCH VÍČEK**

**Vážená paní, Vážený pane,**

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

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

Zamezit vzniku změn na rohovce oka, které pacient po obrně lícního nervu nemůže zavřít. Přispět k ústupu řezání, pálení pocitu suchých očí, zamezení vzniku zánětů spojivky a rohovky postiženého oka. Alternativou je pouze lepení víček náplastí.

• **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. Proveďte se znecitlivění oka kapkami a obou víček vpichem znecitlivující látky. Zákrok se provádí po nástupu umrtvení, následně se odstříhne asi 1/3 okrajů obou víček, sešijí se jednotlivými stehy, aplikuje se antibiotická mast a obvaz rány.

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

Komplikací je bolestivost, krvácení, otoky víček.

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

Jedná se o ambulantní zákrok. Bolestivost trvá jeden den, pracovní neschopnost po dobu 7 dní. Po dobu 7 dnů se aplikuje mast s antibiotiky, za 7 dní vám budou vytaženy stehy.


Dojde k zúžení prostorového vidění a dlouhodobě je nutno aplikovat umělé slzy a masti do postiženého oka.

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: