

SONDÁŽ SLZNÝCH CEST U DĚTÍ

Vážená paní, Vážený pane,

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu nebo stavu Vašeho dítěte, jehož jste zástupcem, byla lékařem indikována SONDÁŽ SLZNÝCH CEST. Máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(a).

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

Účelem zákroku je uvolnění překážky průtoku slz slznými cestami do nosu a přispět k ústupu slzení a výtoku z očí, pokud nepomůže konzervativní léčba.

- Jaký je režim pacienta před výkonem:**

Zárok je ambulantní, do 6. měsíců je pro dítě nebolestivý. Starší děti odesíláme na odborné pracoviště. Doporučujeme, aby dítě před výkonem 3 hodiny nic nepřijímalo ústy.

- Jaký je postup při provádění výkonu:**

Dítě je v poloze na zádech, jedna sestra drží nohy a tělo, druhá sestra hlavu dítěte. Oko je znecitlivěno kapkami. Lékař zavede do vývodu slzných cest ve víčku tenkou kovovou sondu o průměru asi 1 milimetr. Kterou protáhne slznými cestami až do přirozeného ústí slzných cest v nose dítěte.

- Jaké jsou možné komplikace a rizika:**

Komplikací může být poranění slzných cest. Účinnost první sondáže je 85 – 95%. Potom následuje sondáž druhá. I po druhé sondáži mohou zůstat slzné cesty neprůchodné. Pokud zůstanou i po druhé sondáži slzné cesty neprůchodné, poté je nutno provést intubaci slzných cest na klinickém pracovišti.

- Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:**

Po zákroku není nutný zvláštní režim. Rodičům je doporučena kontrola, pokud byl výkon neúspěšný, jsou odesláni s dítětem na specializované pracoviště.

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: