

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s provedením cyklokryokoagulace

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu

**Cyklokryokoagulace (pomražení řasnatého tělesa)
- antiglaukomatózní operace (operace zeleného zákalu)**

Účel výkonu

Cílem operace není zlepšení vidění, ale snížení nitroočního tlaku. Neprovedení operace by znamenalo další poškození zrakového nervu s následkem nezvratné ztráty zbývajících vidění až slepotu tohoto oka.

Povaha výkonu

Cyklokryokoagulace (pomražení řasnatého tělesa) je operace zeleného zákalu prováděná v místním nebo celkovém znecitlivění, při které sondou (tyčinkou) přiloženou na bělimu vedle rohovky provedeme částečné zničení řasnatého tělesa. Tím dojde ke snížení tvorby nitrooční tekutiny a následně ke snížení nitroočního tlaku.

Předpokládaný prospěch výkonu

Snížení hodnoty nitroočního tlaku, které je nezbytné pro zachování stavu zrakového nervu. Pokud Vás oko nyní bolí a dojde-li po výkonu ke snížení nitroočního tlaku, bude to mít příznivý vliv i na odeznění bolesti (ne okamžitě, ale v průběhu několika dnů, event. týdnů po výkonu).

Alternativa výkonu

Cyklokryokoagulace se používá tehdy, pokud všechny předchozí léčebné postupy selhaly, nebo nejsou-li možné. Možnou alternativou je provedení cyklofotokoagulace (částečného zničení řasnatého tělesa laserem), ve Vašem případě však jako lepší a účinnější variantu volíme cyklokryokoagulaci. Teoretickou alternativou je implantace drenážního implantátu, tento výkon má však mnoho možných závažných komplikací. Na slepém bolestivém oku je možné provést injekci speciální látky za oko, které pak přestane bolet.

Možná rizika zvoleného výkonu

Po výkonu může vzniknout zánět v přední části oka, který má většinou mírný charakter. Léčí se kapkami s protizánětlivou látkou. U závažnějších forem zánětu, které jsou zcela ojedinělé, je nutné podat protizánětlivou látku do žíly a následně užívat tablety. Délka užívání tablet závisí na rychlosti ústupu zánětu. Výjimečně nedojde po výkonu k poklesu nitroočního tlaku a musí se volit další léčebné postupy. Zcela raritně může po výkonu nastat nevratné zmenšování oka, kterému nelze zabránit a může být z kosmetického hlediska nepříjemné.

Následky výkonu

Kapání kapek, mastí a gelu do očí. Po výkonu bývají přechodně oteklá víčka. U některých pacientů může být po operaci přechodná výrazná bolest oka. Pokud k tomu dojde, bude bolest tlumena účinnými léky.

V případě jakýchkoliv nejasností Vám rádi odpovíme na Vaše dotazy.

Souhlas:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:		
Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

Datum	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:

Jak pacient projevil svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina