

## INFORMOVANÝ SOUHLAS S OPERACÍ ŠEDÉHO ZÁKALU

NA STRANĚ : .....

Jméno pacienta: .....

Rodné číslo: .....

štítek

**Definice:** Operace šedého zákalu znamená odstranění lidské čočky a její náhrada umělou nitrooční čočkou.

**Cíl a důvod výkonu:** odstranění zkalené čočky, která brání průchodu světla a tím zhoršuje zrak

**Alternativy k výkonu:** Jako alternativu lze považovat použití různých typů řezů. Dlouhodobý pooperační výsledek je ale stejný.

**Příprava před výkonem:** Před operací školená oční sestra kape podle schématu antibiotika, dále kapky protizánětlivé a kapky na rozšíření zornice.

**Postup při výkonu:** Při operaci je po přípravě operačního pole a rozšíření zornice provedena dezinfekce, zarouškování a pod operačním mikroskopem provedeno odstranění šedého zákalu, obvykle pomocí rohovkového řezu a jedné servisní incise (naříznutí). Komory oční jsou vyplněné viskoelastickým materiálem, je odstraněna přední část vazivové membrány lidské čočky. Pomocí fakoemulsifikace (operační postup, kdy je za pomoci ultrazvukové vlny a podtlakové pumpy destruována a odsáta oční čočka) odstraníme lidskou čočku a do takto vzniklého vaku vložíme umělou nitrooční čočku vypočtenou při předoperačním vyšetření.

**Průběh a péče po výkonu/případná omezení:** Po operaci bude oko kryté obvazem do druhého dne, kdy po kontrole lékařem se bude pokračovat v léčbě očními kapkami s antibiotikem a kortikoidem (protizánětlivý lék). V prvním pooperačním týdnu se nedoporučuje oko mnout, nedoporučuje se spát na operovaném oku. Při pobytu na slunci je vhodné používat sluneční brýle.

**Možné časté komplikace a následující rizika:** U každého chirurgického zákroku na lidském organismu existuje určité riziko různě závažných komplikací. U operace šedého zákalu je riziko operačních komplikací menší než 1 procento. Mezi možné operační komplikace patří např. porušení pouzdra či závěsného aparátu čočky a vzestup nitroočního tlaku, krvácení. Vlivem operačních a pooperačních komplikací může dojít k přechodnému, v ojedinělých případech i k trvalému poklesu vidění.

Další oční onemocnění (glaukom, záněty, rohovkové degenerace) mohou hojení prodloužit, a mohou vést k rohovkovým změnám, případně k dalším operačním komplikacím. Degenerativní změny sítnice, zvláště makulární degenerace se mohou i při nekomplikované operaci šedého zákalu urychlit. Vzácnou, ale vážnou komplikací je infekční nitrooční zánět. Projeví se zarudnutím a bolestí. Vyžaduje okamžitou léčbu.

Při operacích šedého zákalu se používají různé typy nitroočních čoček, které umožní pooperační vidění pokud možno bez brýlí. Při plánovaném pooperačním stavu bez brýlí na dálku, budou nutné brýle na čtení, a naopak. I při podrobném předoperačním vyšetření se může stát, že po operaci se bude výsledná brýlová korekce mírně od plánované lišit. Pokud se pacient rozhodne pro nitrooční čočku multifokální nebo akomodační, které představují ekonomicky náročnější variantu operace, budou před operací provedena další vyšetření, aby se posoudilo, zda je tento typ čočky vhodný.

**Datum:** .....

**Jméno lékaře:** ..... **Podpis lékaře:** .....

**PACIENT / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:**

1. Přečtete si laskavě pozorně text tohoto souhlasu.
2. Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se lékaře znovu zeptat.
3. Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište jej.

**Já, pacient / zákonný zástupce prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a včas informován/a o povaze lékařského výkonu / lékařského postupu uvedeného výše, byl/a jsem též informován/a o možných rizicích tohoto výkonu. Měl/a jsem možnost klást lékařovi doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny. Své rozhodnutí činím po pečlivé úvaze a po posouzení všech rozhodujících skutečností.**

**Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:**

- s uvedeným léčebným postupem,
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další související výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav / zdravotní stav opatrované osoby a vzhledem ke konkrétní situaci nebude možno získat můj aktuální souhlas.

**Jsem srozuměn/a s tím, že:**

- uvedený léčebný postup nemusí být proveden lékařem, který mne dosud ošetřoval,
- souhlas se pokládá za informovaný také v případě, že se podle § 32 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb. podání informace vzdávám.

**Souhlasím s poskytnutím informací:**

ano  ne

**Datum:** ..... **Podpis pacienta:** .....

**Jméno a podpis zákonného zástupce (1):** .....

**Jméno a podpis zákonného zástupce (2):** .....

**Jméno a podpis pacientem určené osoby při přijetí v Informovaném souhlasu s hospitalizací:**

**POKUD SOUHLAS NELZE PACIENTEM PODEPSAT, VYPLŇTE DLE SITUACE VARIANTU A) NEBO B):**

a) **Jméno svědka (zdravotnický pracovník):** .....

**Podpis:** .....

**Datum:** .....

b) **Jméno svědka:** ..... **Rodné číslo:** .....

**Adresa bydliště:** ..... **Číslo OP:** .....

**Datum:** .....