

INFORMOVANÝ SOUHLAS S VÝKONEM – PRŮPLACH A SONDÁŽ SLZNÝCH CEST

NA STRANĚ:

Jméno pacienta:

Rodné číslo:

štítek

Definice: Průplach slzných cest se provádí při podezření na neprůchodnost odvodných slzných cest. Obvykle je do dolního kanálku zavedena průplachová kanyla (jehla) na stříkačce naplněná fyziologickým roztokem.

Cíl a důvod výkonu: Průplach slzných cest se provádí při podezření na neprůchodnost odvodných slzných cest. U dětí je nejvhodnější, vzhledem k velikosti dítěte, od jednoho do tří měsíců věku.

Alternativy k výkonu: nejsou

Příprava před výkonem: Příprava před zákrokem není nutná. U dětí celkové uspání není v drtivé většině případů nutné, přineslo by určitá rizika z anestézie. V případě, že je celková anestézie nevyhnutelná, je nutné doplnit předoperační vyšetření.

Postup při výkonu: Zákrok se provádí vleže na zádech. Vlastní výkon spočívá v rozšíření odtokových slzných cest průplachovou kanylou a v odstranění mechanické překážky. Jestliže tekutina prochází do nosu či do krku, vyšetřovaný nemá žádnou překážku v slzných cestách. Pokud jsou cesty neprůchodné, musí se zprůchodnit takzvanou sondáží. Průplach i sondáž se mohou kombinovat, někdy stačí jen propláchnutí slzných cest, někdy je potřeba překážku překonat tenkou sondou.

Průběh a péče po výkonu/případná omezení: Zákrok je bez omezení v obvyklém způsobu života, probíhá ambulantně. Při průchodnosti slzných cest další kontroly dle zvážení ošetřujícího lékaře.

Možné časté komplikace a následující rizika: možné natržení či narušení slzného bodu či slzných cest dilatační sondou či průplachovou kanylou, krvácení ze slzných cest, recidiva onemocnění (opakovaný výskyt onemocnění)

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 lékaři 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: