VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

OŠETŘENÍ ZLOMENINY OČNICE

☐ **VPRAVO**
☐ **VLEVO**

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Srovnání zlomených úlomků do správného anatomického postavení a jejich fixace titanovými dlahami a titanovou síťkou. V případě zlomenin papírově tenkých stěn očnice je nutné stěny rekonstruovat titanovou síťkou.

Prospěchem výkonu je odstranění obtíží pacienta, navrácení oka do původní polohy, obnovení jeho hybnosti, což odstraní dvojité vidění (pokud je přítomno).

Očekávaný pooperační stav:

- rozvoj otoku horního a dolního víčka, zhoršené otvírání oka,
- přítomnost modřiny (hematomu) kolem oka, eventuálně až ve tváři nebo čele,
- zhoršená pohyblivot očního bulbu pro nitrooční otok, může proto být dočasně přítomno dvojité vidění, neostré vidění,
- bolestivost v okolí operovaného oka,
- zvýšené slzení operovaného oka,
- podráždění spojivky, její zarudnutí.

Komplikace chirurgického výkonu:

- porušení hybnosti oka s rozvojem dvojitého vidění, porucha hybnosti očních víček a svalů v okolí oka,
- poranění oční rohovky (pocit cizího tělesa v oku, porucha ostrosti zraku),
- porušení slzného aparátu, nadměrné slzení,
- porušení nervových pletení uvnitř očnice,
- rozšíření zornice a porucha zrakové ostrosti,
- krvácení do očnice za oční bulbus (velmi akutní a zrak ohrožující stav), krevní sraženina může utlačovat optický nerv a hrozí jeho tlakové postižení s rozvojem ztráty zraku, stav vyžaduje neodkladnou operaci,
- rozmazané (neostré) vidění při postižení zrakového nervu až ztráta zraku.

Některé z těchto komplikací vyžadují okamžitý chirurgický výkon k zabránění vzniku trvalých následků jako jsou porucha zrakové ostrosti až ztráta zraku.

Zánětlivé komplikace:

- hnisavý zánět spojivek,
- hnisavý zánět měkkých tkání v okolí očnice, spojený s rizikem šíření infekce do očnice, do přilehlých kostí,
- nejzávažnější komplikací může být šíření infekce krevní cestou nebo přechodem přes kost do nitrolebí, riziko rozvoje hnisavého zánětu mozkových blan, mozku s tvorbou mozkového abscesu (dutina vyplněna hnisem) a rozvojem různých neurologických příznaků.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Neoperovat, nechat kosti srůst ve špatném postavení se všemi estetickými i funkčními následky: vpadlé oko, dvojité vidění, porucha pohyblivosti oka, slzení, šilhavost, porucha citlivosti kůže v okolí zlomeniny, včetně kůže tváře, části nosu a části horní čelisti.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Do očnice pronikneme z vnitřní plochy dolního víčka nebo z kožního řezu víčkem, eventuálně přes čelistní dutinu řezem z úst. Měkké tkáně v okolí oka vysuneme zpět do očnice a stěny očnice rekonstruujeme titanovou síťkou a šrouby, ránu poté zašijeme.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

6 týdnů prevence úderů a tlaků na okolí očnice, nesmrkat 3 týdny. Otok, modřina v místě operace, dvojité vidění.

Dvojité vidění jako následek úrazu může vést ke změně zdravotní způsobilosti.

Další potřebná léčba:

Pooperační kontroly na stomatochirurgickém a očním oddělení.

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý: **Prohlašuji, že jsem byl poučen v rozsahu, který je uveden výše.**

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

V Praze dne

....

podpis pacienta / zákonného zástupce jméno, příjmení a podpis lékaře

.....

podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností

Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen se podepsat:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli:

.....

jméno, příjmení a podpis svědka