

## **INFORMOVANÝ SOUHLAS OPERACE PTERYGIA/PSEUDOPTERYGIA (patologický růst spojivky na rohovku)**

Vážená paní, vážený pane,

na základě předchozího vyšetření Vám ošetřující lékař doporučil provedení operace pterygia/pseudopterygia Vašeho oka. Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

### **Důvod provedení výkonu**

Pterygium vzniká vlivem zvýšené expozice (působení) UV (ultrafialového) záření či jiných dráždivých faktorů. Je to aktivně rostoucí fibrovaskulární tkáň, která přerůstá na rohovku směrem ke středu rohovky. U rozsáhlých forem může vyvolávat nejen změnu zrakové ostroty (astigmatismus, deformace rohovky), ale i pocit tlaku a tahu při pohybu oka. Cílem operace je včasné odstranění této tkáně a zabránění postižení centrální oblasti rohovky. Onemocnění má tendenci k recidivám.

### **Možnosti léčby/řešení zdravotního problému**

Pterygium/pseudopterygium lze odstranit jen operačním zákrokem. U recidivujících případů se odstranění postižené tkáně kombinuje s aplikací chemické látky 0,02% Mitomycinu nebo 5fluororacilu, která zabraňuje bujení buněk. Ke krytí velkých defektů v některých případech je nutné použití anionové membrány nebo přenos části zdravé spojivky, popř. vrstvy rohovky. U těžkých recidivujících a opakovaně operovaných pterygií je indikována transplantace rohovky.

### **Příprava k výkonu**

Před nástupem do nemocnice podstoupíte předoperační vyšetření, které Vám zajistí Váš praktický lékař. V případě, že jste alergický/á na některé léky (tj. přecitlivělý/á, např. formou vyrážky, dušnosti apod.), upozorněte na to lékaře. Stejně tak upozorněte na to, zda používáte léky na ředění krve, které je třeba s časovým předstihem vysadit, aby se upravila srážlivost krve. Tento výkon provádíme v místním znecitlivění.

### **Postup při výkonu**

Před výkonem dostanete tabletu nebo injekci na uklidnění a lékař Vám na operačním sále aplikuje (podá) znecitlivující injekci pod spojivku. Okolí oka se očistí dezinfekční látkou a překryje se sterilní rouškou s otvorem pro oko. Operace se provádí pod mikroskopem. Během operace Vám odstraníme postiženou spojivku z povrchu rohovky a část zkalené rohovky a sešijeme ránu spojivky. Po operaci budete mít oko zavázané. Operace trvá zhruba 20-30 min.

### **Rizika a možné komplikace výkonu**

Ve složitých případech může být vleklé hojení defektu povrchu rohovky. Výkon může být komplikován též krvácením nebo zánětem.

### **Chování po výkonu, možná omezení**

V pooperačním období je nutná pravidelná aplikace (podávání) očních kapek, mastí nebo gelů. Někdy je třeba oko převazovat nebo se aplikuje měkká kontaktní čočka. Důležité je vyhnout se pobytu v prašném prostředí a nesmíte se koupat (např. v bazénu). Stehy z povrchu oka se odstraňují týden po operaci. Do té doby budete v oku pociťovat škrábání a slzení oka. Je nezbytné chodit na kontroly dle doporučení lékaře. Pracovní neschopnost může trvat dle pooperačního stavu 1 - 4 týdny podle rozsahu onemocnění a druhu práce, kterou vykonáváte. Po dobu pracovní neschopnosti (hojení) nesmíte řídit motorové vozidlo.

**V případě náhlého poklesu vidění, zčervenání a/nebo bolestivosti operovaného oka neprodleně vyhledáte odbornou lékařskou oční pomoc (mimo pracovní dobu se dostavíte na oční pohotovost, nejčastěji dostupnou v nemocnicích s očními lůžkovými zařízeními).**

## Prohlášení

- Byl/a jsem podrobně seznámen/a u plánovaného zdravotního výkonu se všemi alternativami léčby, s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud výkon nepodléhá zvláštním právnímpředpisům).
- Byla jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní neschopnosti po výkonu, s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.
- Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.
- Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s navrhovaným postupem.
- Nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.
- Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.
- V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím s jejich provedením.

Souhlasím s provedením operace pterygia na oku pravém / oku levém.

Připomínky:

Pacient/ka: ..... Rodné číslo: .....  
titul, příjmení, jméno

V Plzni / Chebu dne..... V..... hodin .....  
podpis pacienta/pacientky nebo zákonného zástupce

Lékař/ka provádějící poučení: .....  
titul, příjmení, jméno podpis