

## Enukleace

### Pacient (štítek)

---

Jméno a příjmení:

---

Rodné číslo:

Bydliště:

---

### Zákonný zástupce

---

Jméno a příjmení:

Datum narození:

---

#### **Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,**

v předkládaném formuláři si přečtete informace o enukleaci.

Pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohl(a) rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení.

#### **Co je enukleace:**

Enukleace je zákrok, kdy dochází k odstranění oka jako celku.

#### **Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:**

U chronických stavů: slepé, bolestivé nebo kosmeticky nevyhovující oko, kdy konzervativní léčba selhává především v potlačení bolesti.

Akutně: neslučitelnost se zachováním oka u těžkých úrazů.

#### **Jaký je režim pacienta před výkonem:**

Předoperační vyšetření, vyš. krvácivosti, srážlivosti, vysazení léků s protisrážlivými účinky. Dále je nutné lékaře upozornit na případné alergie (zejména alergie na dezinfekci, léky, oční masti, kapky či lokální anestetika).

#### **Jaký je postup při provádění výkonu:**

Operace se provádí za hospitalizace, v celkové anestezii.

#### **Jaké jsou možné nejčastější rizika a komplikace výkonu:**

Větší krvácení během operace i v pooperačním období, možnost infekce s přechodem na mozkovou tkáň.

#### **Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:**

Pooperační péče vyžaduje aplikaci kapek + masti do spojivkového vaku, po týdnu se provede vytažení spojivkového stehu. Po zhojení spojivky budete odeslán ke zhotovení individuální oční protézy.

#### **Jaké jsou možné alternativy výkonu:**

Alternativa neexistuje.

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Byly mi vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). Lékařem jsem byl(a) poučen(a) o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.

**S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.**

**Datum:**

\_\_\_\_\_  
Podpis pacienta nebo zákonného zástupce

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis ošetřujícího lékaře, který vysvětlující pohovor provedl

**Pacient(ka) není schopen(a) podpisu. Svůj souhlas vyjádřil(a):**

popište způsob:

\_\_\_\_\_  
Jméno, příjmení a podpis svědka

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře