

Elektroepilace řas

Pacient (štítek)

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Bydliště:

Zákonný zástupce

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Vážená paní, vážený pane,

v předkládaném formuláři si přečtete informace o elektroepilaci řas.

Před zákrokem budete lékařem informován(-a) o důvodech a způsobu jeho provedení, možných komplikacích i o dalším postupu léčby. Toto poučení Vám má podat základní informace a být návodem k případným dotazům.

Co je elektroepilace řas:

Epilace (odstranění) řas a koagulace řasových folikulů pomocí elektrokauteru.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Stočení řas proti oku (trichiáza) a dráždění povrchových očních struktur.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Není třeba žádný zvláštní režim a příprava. Před samotným výkonem se desinfikuje kůže v místě výkonu a aplikuje se lokální anestetikum.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Výkon se provádí zpravidla v místním znecitlivění. Elektrokauterem se provede epilace dráždících řas a koagulace řasových folikulů.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Komplikacemi výkonu může být krvácení z operační rány nebo infekce struktur očního víčka.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Po výkonu není nutný zvláštní režim, pouze se aplikuje antibiotická mast na víčko. U pacientů pracujících v prašném prostředí je vhodná krátkodobá pracovní neschopnost.

Jaké jsou možné alternativy výkonu:

U trichiázy menšího rozsahu je možnou alternativou mechanická epilace řas pinzetou, při rozsáhlejších nálezu je vhodné zvážit plastickou operaci postavení víčka.

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 se 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 vysvětluje 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