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/léčebného postupu (popřípadě několika výkonů/postupů): **CYKLOKRYOKOAGULACE** ☐ **ANO** ☐ **NE** **CYKLOFOTOKOAGULACE** ☐ **ANO** ☐ **NE** ☐ **VPRAVO** ☐ **VLEVO**	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem tohoto zdravotního výkonu je snížení produkce nitrooční tekutiny v oku, následné snížení nitroočního tlaku. Cílem operace není zlepšení vidění ale snížení rizika jeho dalšího zhoršování. Rizika léčby: výkyvy nitroočního tlaku, krvácení do nitra oka, přílišné snížení nitroočního tlaku může přinést nepříjemné pocity i bolesti oka a zhoršení jeho funkce.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Aplikace kapek do oka, laserová léčba, operační postupy: hluboká sklerektomie, trabekulektomie, drenážní implantát (tyto operační výkony mají za cíl zlepšit odtok nitrooční tekutiny a snížit tak tlak v oku).	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Znecitlivění oka kapkami, případně tzv. retrobulbární či parabulbární anestézie (injekce anestetika za oko, vedle oka), destrukce části řasnatého tělesa chladem či teplem.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Asi týden nelze vykonávat fyzicky náročnou práci, pobývat v nečistém prostředí, předpokládaná délka pracovní neschopnosti po operaci je v závislosti na vykonávané práci 1 až 2 týdny. Nepředpokládá se změna pracovní způsobilosti.	
Další potřebná léčba: Po výkonu je nutné kapat oční kapky obvykle po dobu několika dnů, kontroly se standardně provádějí 1. den po operaci, dále individuálně dle výsledku.	
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:	

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
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	

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.