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):

LASEROVÁ IRIDOTOMIE (LI)

☐ **VPRAVO**
☐ **VLEVO**

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

Účelem výkonu je zlepšení cirkulace nitrooční tekutiny a následné snížení nitroočního tlaku vytvořením otvoru v duhovce pomocí laserového paprsku.

Možnými riziky jsou podráždění oka, přechodný vzestup nitroočního tlaku, krvácení z duhovky, porušení předního pouzdra čočky.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Nitrooční mikrochirurgická operace. Tento postup je více zatěžující pro oko i pro pacienta.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Aplikace kapek na znecitlivění oka, přiložení kontaktní čočky na oko, aplikace několika laserových pulzů na štěrbinové lampě.

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

Pacient zůstává práce schopným, nedochází ke změně pracovní způsobilosti.

Další potřebná léčba:

V některých případech aplikace očních kapek a kontrola druhý den po výkonu.

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:

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
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.