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):

OPERACE KE SNÍŽENÍ NITROOČNÍHO TLAKU PŘI GLAUKOMU (ZELENÉM ZÁKALU):

TRABEKULEKTOMIE	☐ **ANO**	☐ **NE**
HLUBOKÁ SKLEREKTOMIE	☐ **ANO**	☐ **NE**
GLAUKOMOVÝ DRENÁŽNÍ IMPLANTÁT	☐ **ANO**	☐ **NE**
REVIZE STÁVAJÍCÍ OPERACE	☐ **ANO**	☐ **NE**

☐ **VPRAVO**
☐ **VLEVO**

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

Účelem tohoto zdravotního výkonu je: vytvoření podmínek pro větší odtok nitrooční tekutiny z oka a tím dosáhnout snížení nitroočního tlaku. Cílem operace není zlepšení vidění, ale snížení rizika dalšího zhoršování.

Rizika léčby:

- infekční komplikace: infekce rány, endoftalmitis (infekční zánět v nitru oka), pozdní endoftalmitis při volných stezích nebo po odstranění stehů,
- netěsnost rány (nutné operační uzavření rány),
- přílišné snížení nitroočního tlaku (může přinést nepříjemné pocity i bolesti oka a zhoršení jeho funkce),
- odchlípení sítnice, otok sítnice (vede ke zhoršení vidění, je nutná operace),

krvácení z cévnatky (expulzivní), může vést k výraznému zhoršení vidění až ke ztrátě oka, rizikové faktory jsou vysoký krevní tlak, glaukom (zelený zákal), předchozí oční operace, vysoká krátkozrakost, věk nebo kašel během operace.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Aplikace kapek do oka, laserová léčba, nebo výkony snižující produkci nitrooční tekutiny v oku - cyklofotokoagulace, cyklokryokoagulace.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Znecitlivění oka kapkami, případně tzv. retrobulbární či parabulbární anestézie (injekce anestetika za oko, vedle oka), vytvoření nové odtokové cesty, uzávěr rány stehy.

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, pracovní neschopnost po operaci je v závislosti na vykonávané práci 1 až 2 týdny.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Po přechodnou dobu je třeba fyzický klid, zákaz plavání v bazénu, v řekách a rybnících a pobytu v sauně po dobu 1 týdne, omezení sportovních aktivit a zejména kontaktních sportů, zvedání příliš těžkých břemen po dobu minimálně 2 týdnů, vyvarování se prašného prostředí.

Další potřebná léčba:

Je nutné kapat oční kapky obvykle po dobu 4 týdnů, kontroly se standardně provádějí 1. den po operaci, dále za týden a za 4 - 5 týdnů po operaci, spojivkové stehy se zpravidla odstraňují za týden po operaci.

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:

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