**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):<br>**SELEKTIVNÍ LASEROVÁ TRABEKULOPLASTIKA (SLT)**<br>☐ **VPRAVO**<br>☐ **VLEVO** | |
| **Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:**<br>Účelem výkonu je zlepšení odtoku nitrooční tekutiny pomocí působení laseru na tkáň v komorovém úhlu.<br>Rizika léčby: podráždění oka, přechodný vzestup nitroočního tlaku, rozostřené vidění, mírný zánět oka, zčervenání oka. | |
| **Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:**<br>Nitrooční mikrochirurgická operace – tento postup je více zatěžující pro pacienta. | |
| **Zdravotní výkon bude probíhat takto:**<br>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:**<br>Pacient zůstává práce schopným, nedochází ke změně pracovní způsobilosti. | |
| **Další potřebná léčba:**<br>Aplikace očních kapek, kontrola první den po operaci, pokud to situace vyžaduje. | |
| **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:**<br>V případě, že pacient je **nezletilý nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý:<br>**Prohlašuji, že jsem byl poučen v rozsahu, který je uveden výše.**<br>Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí: | |

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.

**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.:** |
|---|---|
| V Praze dne<br><br>.....<br>podpis pacienta / zákonného zástupce<br><br>.....<br>podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností | .....<br>jméno, příjmení a podpis lékaře |
| **Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat**:<br>Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen se podepsat:<br>Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli:<br><br>.....<br>jméno, příjmení a podpis svědka | |

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.