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 KAPSULOTOMIE** ☐ **VPRAVO** ☐ **VLEVO**	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Vytvoření otvoru ve zkaleném pouzdře čočky, čímž se normalizuje šíření světla v oku. Rizika léčby: podráždění oka, přechodný vzestup nitroočního tlaku, krvácení z duhovky, mikroskopické poškození materiálu nitrooční čočky (zpravidla nemá negativní dopad na kvalitu vidění ani na stabilitu samotného implantátu).	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Nitrooční mikrochirurgická operace – tento postup je více zatěžující 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: Do zúžení zornice není možno řídit motorové vozidlo (zpravidla několik hodin).	
Další potřebná léčba: Aplikace očních kapek, kontrola první den po výkonu, 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: 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.