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):

FLUORESCENČNÍ ANGIOGRAFIE, INDOCYANINOVÁ ANGIOGRAFIE
(ZOBRAZENÍ CÉV OČNÍHO POZADÍ ZA POMOCI KONTRASTNÍ LÁTKY PODANÉ DO ŽÍLY)

☐ **VPRAVO**
☐ **VLEVO**

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

Stanovení povahy, rozsahu a aktivity onemocnění (diagnostika).

Rizika a důsledky léčby:

- různě těžká alergická reakce na diagnostickou látku - může jít pouze o místní podráždění v oblasti vpichu, ale i o těžkou celkovou reakci s ohrožením základních životních funkcí,

pravidlem je celkové zažloutnutí kůže po dobu několika hodin po podání fluoresceinu (fluorescein má žlutou barvu), moč je 1 - 2 dny po výkonu tmavá.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Alternativy nejsou.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Aplikace očních kapek na rozšíření zornice, nitrožilní podání diagnostické látky – fluoresceinu nebo indocyaninové zeleně, opakované fotografování očního pozadí.

V rámci léčebného plánu může být výkon proveden opakovaně. Souhlas s výkonem platí pro celý léčebný plán a souhlas s výkonem lze kdykoli odvolat.

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:

Závisí na povaze onemocnění a výsledku vyšetření.

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