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):

FOTODYNAMICKÁ TERAPIE

☐ **VPRAVO**
☐ **VLEVO**

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

Cílené uzavření patologických cév u některých onemocnění zadního segmentu oka, například vlhká forma věkem podmíněné makulární degenerace, neovaskulární membrány (onemocnění postihující sítnici a způsobující ztrátu vidění) u patologické krátkozrakosti či jiných onemocnění, stavy po úrazech, některá vrozená onemocnění apod.

Účelem výkonu je snížení rizika dalšího zhoršování stavu, prvotním cílem tedy není zlepšit vidění.

Rizika a důsledky léčby:

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

možnost zhoršení vidění (zejména do blízka).

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

V některých případech aplikace protilátek proti endotelovému růstovému faktoru (ANTI-VEGF) do nitra oka, laserová fotokoagulace, brachyterapie (přechodné našití radioaktivní plomby na oko).

Rizika ANTI-VEGF preparátů: krvácení do nitra oka, což může vést k výraznému, většinou však jen přechodnému zhoršení vidění, dále infekce rány, endoftalmitida (infekční či neinfekční zánět v nitru oka) - tato komplikace může vyžadovat operační řešení, odchlípení sítnice (vede ke zhoršení vidění, je nutná operace).

Rizika laserové fotokoagulace: narušení povrchu rohovky při použití kontaktní čočky, možná bolestivost během působení laseru, přechodné či trvalé zhoršení vidění v důsledku otoku sítnice či nitroočního krvácení, výpady v zorném poli v závislosti na rozsahu ošetření sítnice.

Brachyterapie (léčba zářením) je vhodná pro léčbu nádorů. Rizika brachyterapie: v závislosti na umístění nádoru je možné přechodné nebo i nevratné zhoršení vidění po výkonu, riziko vzniku šedého zákalu, nitrooční krvácení, změny nitroočního tlaku, selhání léčby.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Aplikace očních kapek na rozšíření zornice, nitrožilní podání účinné látky - verteporfinu, opakované ozáření očního pozadí žlutým laserem.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

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), nejméně dva dny je potřeba chránit celé tělo před sluncem či intenzivním světlem a nosit tmavé brýle.

Další potřebná léčba:

Další postup je individuální, závisí na povaze a tíži základního onemocnění, často je potřeba postup několikrát opakovat.

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