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 PRO ŠILHÁNÍ (STRABISMUS)** ☐ **VPRAVO** ☐ **VLEVO**	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Narovnání postavení očí (pohledu) a možné zlepšení prostorového vidění. Rizika léčby: Nejčastější pooperační obtíží je dvojité vidění, většinou jen přechodné. Je možné nedokorigování či překorigování postavení očí. Pooperační zánětlivá reakce doprovází pooperační hojení, je neinfekční, zřídka může být komplikovaná infekcí.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: V některých případech lze korigovat šilhání brýlemi.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Principem operace je posun nebo zkrácení okohybného svalu (vně oka). Zákrok se provádí dle typu šilhání na jednom nebo častěji obou očích, trvá asi 30 minut a provádí se v celkové anestezii. Někdy je nutné, vzhledem k nálezu na očních svalech během operace, provést výkon na jiných očních svalech, než bylo původně plánováno.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Aplikace očních kapek či masti po dobu 3 - 4 týdnů, pracovní neschopnost 1 - 3 týdny.	
Další potřebná léčba: Je nutné používat oční kapky či mast po dobu 3 - 4 týdnů, kontrola hojení operační rány, odstranění spojivkových stehů za týden, dále obvykle kontrola za 3 měsíce. U dětí většinou používáme vstřebatelné stehy, které není třeba odstraňovat.	
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.**	

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
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	