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): **LÉČBA OZAŘOVÁNÍM NA KRÁTKOU VZDÁLENOST – BRACHYTERAPIE** ☐ **VPRAVO** ☐ **VLEVO**	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem tohoto zdravotního výkonu je zastavit růst nádoru a navodit jeho atrofii (zmenšení) a tím, snížit riziko rozvoje komplikací základního onemocnění. Rizika a důsledky léčby: 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.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Ozáření ze zevního zdroje, nebo enukleace (vynětí celého oka).	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Výkon se provádí v celkové anestezii, po lokalizaci nádoru se na přechodnou dobu (zpravidla desítky hodin) na zevní stěnu oka připevní radioaktivní plomba. Po uplynutí stanovené doby se dalším operačním výkonem plomba opět odstraní. Po celou dobu přítomnosti radioaktivní plomby na oku je pacient hospitalizován a nesmí opustit kontrolované pásmo.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Po dobu 4 týdnů fyzický klid; zákaz plavání v bazénu, v řekách a rybnících, a pobytu v sauně po dobu 1 týdne, omezení sportovních aktivit a zejména kontaktních sportů, vyvarování se prašného prostředí. Pracovní neschopnost po operaci je v závislosti na vykonávané práci asi 4 týdny. Možná změna pracovní způsobilosti může nastat při větším zhoršení vidění, v krajním případě může dojít ke změně pracovního zařazení v důsledku praktické jednookosti.	
Další potřebná léčba: Je třeba používat oční mast po dobu asi 2-3 týdnů, stehy se zpravidla odstraňují za 1 týden po výkonu, dále pravidelné kontroly dle povahy základního onemocnění.	
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:	

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

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