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): **IRIDEKTOMIE, IRIDOCYKLEKTOMIE** **(ODSTRANĚNÍ POSTIŽENÉ ČÁSTI DUHOVKY NEBO ŘASNATÉHO TĚLESA)** ☐ **VPRAVO** ☐ **VLEVO**	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem tohoto zdravotního výkonu je úplné odstranění nádoru a snížení rizika rozvoje komplikací. Zdravotní výkon má následující rizika a důsledky léčby: - riziko vzniku šedého zákalu, - nitrooční krvácení, - změny nitroočního tlaku, - selhání léčby, - nitrooční infekce, zhoršení zrakové ostrosti, refrakční vady.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Enukleace (vynětí celého oka).	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Výkon se provádí v celkové anestezii, po lokalizaci nádoru se vytíná nádor s částí duhovky a/nebo řasnatého tělíska.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Asi měsíc po operaci nelze vykonávat fyzicky náročnou práci, pobývat v nečistém prostředí, zákaz plavání v bazénu, v řekách a rybnících, a pobytu v sauně po dobu 1 měsíce, omezení sportovních aktivit a zejména kontaktních sportů. Pracovní neschopnost po operaci je v závislosti na vykonávané práci asi 4 - 6 týdnů. V krajním případě při ztrátě vidění může dojít k omezení pracovního zařazení v důsledku praktické jednookosti.	
Další potřebná léčba: Podle rozsahu operace aplikace očních kapek a masti asi 1 - 2 týdny, stehy se zpravidla odstraňují za 2 týdny po výkonu, dále pravidelné kontroly dle povahy základního onemocnění.	

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.:**

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