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): **IRIDOPLASTIKA** ☐ **VPRAVO** ☐ **VLEVO**	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem tohoto zdravotního výkonu je zlepšení kvality vidění úpravou duhovky - tvaru a velikosti zornice. <u>Rizika léčby:</u> - riziko vzniku šedého zákalu, - nitrooční krvácení, - selhání léčby, - nitrooční infekce, zhoršení zrakové ostrosti.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Speciální stenopeická kontaktní čočka, nitrooční implantáty.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Výkon se provádí zpravidla v celkové anestézii, pomocí stehů operatér upraví šíři a tvar zornice.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Asi týden 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 3 - 4 týdny.	
Další potřebná léčba: Aplikace očních kapek a masti asi 1 - 2 týdny, rohovkový steh se zpravidla odstraňuje za 4 týdny po výkonu (stehy na duhovce se ponechávají trvale), 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	

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

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