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): **WEDGE RESEKCE ROHOVKY (KLÍNOVITÉ VYŘÍZNUTÍ)** ☐ **ANO** ☐ **NE** **RELAXAČNÍ INCIZE ROHOVKY (UVOLŇUJÍCÍ NÁŘEZ)** ☐ **ANO** ☐ **NE** ☐ **VPRAVO** ☐ **VLEVO**	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem tohoto zdravotního výkonu je minimalizovat nepravidelnosti v zakřivení rohovky. <u>Rizika léčby:</u> - infekční komplikace, - zhoršené vidění, perforace (proděravění) rohovky.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Korekce vady brýlemi, kontaktní čočkou, laserový refrakční výkon (výkon, jehož účelem je snížení dioptrické vady oka), transplantace rohovky.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Znecitlivění oka kapkami nebo tzv. retrobulbární anestézií (injekce anestetika za oko). V případě wedge resekce se vytne část rohovky, rána se sešije stehy. V případě relaxační incize se provede pouze nářez rohovky bez jejího sešití.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Po operaci zákaz plavání v bazénu, v řekách a rybnících, vyvarování se prašného prostředí. Pracovní neschopnost po operaci je v závislosti na vykonávané práci obvykle 1 týden.	
Další potřebná léčba: Pravidelná aplikace kapek či mastí, pravidelné kontroly u očního lékaře (první pooperační den a dále dle potřeby).	
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