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):

TRANSPLANTACE ROHOVKY

☐ **VPRAVO**
☐ **VLEVO**

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Účelem tohoto zdravotního výkonu je odstranění zjizvené, zkalené, zdeformované nebo proděravělé rohovky a její nahrazení čirou rohovkou od zemřelého dárce. Cílem je stabilizace stavu, zlepšení vidění, eventuálně odstranění dalších obtíží (bolest, podráždění oka apod.).

Rizika a důsledky léčby:

U každého chirurgického zákroku na lidském organismu existuje určité riziko různě závažných komplikací. Vlivem operačních a pooperačních komplikací může dojít k přechodnému, ve výjimečných případech i k trvalému poklesu vidění. Komplikace, které mohou nastat během operace nebo v časném pooperačním období:

- refrakční vady, zejména vysoký pooperační astigmatismus; může být nutné nošení brýlí, kontaktních čoček nebo operační řešení,
- netěsnost rány (nutné operační uzavření rány),
- infekční komplikace: infekce rány, endoftalmitis (infekční zánět v nitru oka), pozdní endoftalmitis při volných stezích nebo po odstranění stehů,
- odhojení transplantátu, většina odhojovacích reakcí se dá zvládnout kapkami nebo celkovou léčbou potlačující imunitu, vyšší riziko takové reakce je u očí po předchozích transplantací rohovky, u pacientů se závažnou alergií či revmatoidní artritidou (celkové onemocnění organismu postihující také např. klouby), u skleritidy (zánět bělimy), po akantamébové keratitidě (zánět rohovky způsobený mikroorganismem, který se jmenuje akantaméba) a u stavů po poleptání oka,
- glaukom (zelený zákal), může být nutná dlouhodobá terapie nebo operace,
- přetrvávající poškození povrchu transplantátu u pacientů se suchým okem, po poleptání,
- cystoidní makulární edém (otok sítnice); zpravidla ustupuje spontánně,
- tzv. epiteliální downgrowth (vrůstání horní vrstvy rohovky do nitra oka),
- krvácení z cévnatky (expulzivní) může vést k výraznému zhoršení vidění až ke ztrátě oka; rizikové faktory jsou vysoká krátkozrakost, předchozí oční operace, glaukom (zelený zákal), vysoký krevní tlak, věk nebo intenzivní kašel během operace,

odchlípení sítnice (vede ke zhoršení vidění, je nutná operace).

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Neprovedení operace

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Operace se provádí v celkové eventuálně v retrobulbární anestézii. Při retrobulbární anestézii se injekcí aplikuje anestetikum za oko. V průběhu operačního zákroku se odstraňuje centrální část rohovky nebo část rohovky s dírou, následuje přišití rohovky od dárce stehy.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Zákaz plavání, kontaktních sportů a zvedání příliš těžkých předmětů po dobu minimálně 3 měsíců, zákaz návštěvy sauny po celou dobu přítomnosti stehů na rohovce. Vyvarování se prašného prostředí. Přechodně nelze vykonávat fyzicky náročnou práci a pracovní neschopnost po operaci je v závislosti na vykonávané profesi 1 - 3 měsíce.

Další potřebná léčba:

Je nutné kapat oční kapky po dobu 6.12 měsíců, po operaci budou nutné kontroly u očního lékaře (minimálně 10), definitivní korekce vidění brýlemi apod. je možná až po odstranění stehů (přibližně za 14 měsíců po operaci).

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