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):

OPERACE PTERYGIA + KOMBINACE S NĚKTERÝM Z TĚCHTO VÝKONŮ:

LAMELÁRNÍ TRANSPLANTACE ROHOVKY	☐ **ANO**	☐ **NE**
TRANSPLANTACE AMNIOVÉ MEMBRÁNY	☐ **ANO**	☐ **NE**
MÍSTNÍ APLIKACE LÉČIV	☐ **ANO**	☐ **NE**
SPOJIVKOVÝ LALOK	☐ **ANO**	☐ **NE**

☐ **VPRAVO**
☐ **VLEVO**

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

Účelem tohoto zdravotního výkonu je odstranění pterygia (to je jizevnatá, neprůhledná tkáň, která přerůstá na rohovku) a prevence jeho recidivy (znovuobjevení).

Rizika léčby:

- infekční komplikace,
- perforace (proděravění) rohovky (zejména u stavů spojených se ztenčením rohovky),
- mechanické odloučení amniové membrány (to je tkáň odebraná z obalů lidského plodu), spojivkového laloku či rohovkové lamely (tenký plátek rohovkové tkáně od mrtvého dárce),

u operací pterygia s aplikací léčiva Mitomycin byly zaznamenány případy ztenčení skléry (bělimy), perforace (proděravění) rohovky, zánětu duhovky, glaukomu (zeleného zákalu), sklerální kalcifikace (zvápenatění bělimy) a ztráty oka.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Alternativy nejsou.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Znecitlivění oka kapkami nebo tzv. retrobulbární anestezie (injekce anestetika za oko), odstranění pterygia, dále eventuálně některý z dalších výkonů: aplikace léčiv zabraňujících znovuvytvoření pterygia, transplantace amniové membrány, transplantace rohovkové lamely od lidského dárce, autotransplantace spojivky.

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

Zákaz plavání v bazénu, v řekách a rybnících, vyvarování se prašného prostředí. Pracovní neschopnost po operaci je v závislosti na vykonávané práci obvykle 1 až 4 týdny.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Další potřebná léčba:

Pravidelná aplikace kapek či mastí, eventuální nošení terapeutické kontaktní čočky. Kontroly se standardně provádějí 1. den po operaci, dále za týden, další kontroly jsou individuální.

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