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): **PLASTICKÁ OPERACE VÍČEK** ☐ **VPRAVO** ☐ **VLEVO**	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem tohoto zdravotního výkonu je úprava nesprávného postavení víček, odstranění změn na víčkách způsobených nádorem, úrazem či zánětem či odstranění kosmeticky rušivých změn. Rizika a důsledky léčby: infekční komplikace, krvácení z rány, do podkoží atd., netěsnost rány, poranění povrchu oka, nesprávné postavení víček např. v důsledku jizvení, neúplné odstranění změn.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Aplikace kapek a mastí k udržení celistvosti povrchu oka, v léčbě nádorů se ostatní postupy (ozáření či chemoterapie) vzhledem k jejich komplikacím používají jen ve výjimečných případech, u kosmetických výkonů je alternativou neprovedení operace.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Znecitlivění oka kapkami, místní znecitlivění kůže, odstranění defektu, eventuálně doplnění ztráty tkáně, sešití rány, rozsáhlejší výkony se provádějí v celkové anestezii.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Asi týden nelze vykonávat fyzicky náročnou práci, pobývat v nečistém prostředí, zákaz plavání v bazénu, v řekách a rybnících, a pobytu v sauně po dobu 1 týdne, omezení sportovních aktivit a zejména kontaktních sportů. Očekávaná délka pracovní neschopnosti po operaci je v závislosti na vykonávané práci 1 den až 2 týdny.	
Další potřebná léčba: Aplikace očních mastí zpravidla po dobu 1 týdne, kontroly se standardně provádějí 1. den po operaci a za týden, další kontroly jsou u jednotlivých pacientů individuální, stehy se odstraňují zpravidla za týden 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:	

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