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): **PLASTIKA SPOJIVKY (CHIRURGICKÁ ÚPRAVA SPOJIVKY)** ☐ **ANO** ☐ **NE** **BIOPSIE SPOJIVKY (ODBĚR TKÁNĚ NA MIKROSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ)** ☐ **ANO** ☐ **NE** ☐ **VPRAVO** ☐ **VLEVO**	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem tohoto zdravotního výkonu je zabránit rozvoji komplikací základního onemocnění (nádor, jizevnaté stavy, stavy po úrazech a další) případně bližší diagnostika nemoci. <u>Rizika léčby:</u> - infekční komplikace, navození dalšího jizvení.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: V některých případech aplikace očních kapek.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Znecitlivění oka kapkami nebo tzv. retrobulbární anestézií (injekce anestetika za oko), odběr vzorku tkáně a / nebo chirurgická úprava 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 týden.	
Další potřebná léčba: Pravidelná aplikace kapek či mastí, možné 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:	

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
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 ..... podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností	..... jméno, příjmení a podpis lékaře
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	