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):

☐ **ENUKLEACE OČNÍHO BULBU**
☐ **EVISCERACE OČNÍHO BULBU**

☐ **VPRAVO**
☐ **VLEVO**

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

Účelem výkonu je odstranění postiženého oka. Důvody k provedení výkonu a jeho přínos závisí na základním onemocnění, pro které je výkon indikován. O konkrétním důvodu vás informuje ošetřující lékař. Výsledkem výkonu je vždy definitivní a úplná ztráta vidění operovaného oka.

Rizika léčby:

- infekční komplikace,
- pooperační krvácení,

vyloučení implantátu.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Alternativy nejsou

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Výkon se provádí v celkové anestezii, u enukleace se odstraňuje celé oko, u eviscerace se obal oka (bělima eventuálně rohovka) ponechává. Ve většině případů je vzniklý prostor vyplněn umělým implantátem. Na konci výkonu se sešije spojivka.

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

Po přechodnou dobu fyzický klid, zákaz plavání v bazénu, v řekách a rybnících, a pobytu v sauně po dobu 1 týdne, omezení sportovních aktivit a zejména kontaktních sportů, vyvarování se prašného prostředí.

Pracovní neschopnost po operaci je v závislosti na vykonávané práci 1 až 4 týdny, oční protézku je možno začít používat zpravidla za 2 - 3 měsíce po operaci. Po výkonu může dojít k omezení pracovního zařazení v důsledku jednookosti.

Další potřebná léčba:

Aplikace oční masti asi 1 - 2 týdny, stehy se zpravidla odstraňují za 2 týdny po výkonu, dále pravidelné kontroly dle povahy základního onemocnění.

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.:**

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