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 (popřípadě několika výkonů): **CHIRURGICKÉ OŠETŘENÍ OTEVŘENÉHO PORANĚNÍ OKA** ☐ **VPRAVO** ☐ **VLEVO** ☐ **S APLIKACÍ LÉČIVÉHO PŘÍPRAVKU:**
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem tohoto zdravotního výkonu je obnovit celistvost očního bulbu a vytvořit podmínky pro následné hojení. Riziko i míra poškození zdraví jsou dány mechanismem a závažností úrazu. Při léčbě může lékař aplikovat výše uvedený léčivý přípravek, který je registrovaný v České republice. Tento léčivý přípravek by byl použit způsobem, který není v souladu se souhrnem údajů o přípravku, avšak takový způsob použití je dostatečně odůvodněn vědeckými poznatky. Neprovedení výkonu vede téměř ve všech případech k závažnému poškození oka a ztrátě funkce či oka jako takového.
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Alternativy nejsou
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Výkon se zpravidla provádí v celkové anestézii. Rozsah poškození oka je různý u každého úrazu a nelze dopředu říci, jaké výkony bude nutné provést. Přesný postup operace tedy zvolí operatér až při revizi (prohlédnutí) poranění přímo na operačním sále. Zpravidla jde o odstranění neživotaschopných či nekrotických (již odumřelých) tkání, odstranění cizích tělísek, sešití ran apod.
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 minimálně 1 týdne, omezení sportovních aktivit a zejména kontaktních sportů, zvedání příliš těžkých břemen po dobu minimálně 2 týdnů, vyvarování se prašného prostředí. Pracovní neschopnost po operaci závisí především na tíži úrazu a na vykonávané práci a může trvat i několik měsíců. Změna zdravotní způsobilosti závisí na míře poškození zrakových funkcí.
Další potřebná léčba: Léčebný režim je stanoven individuálně.
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

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

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