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):

PARS PLANA VITREKTOMIE (OPERAČNÍ TECHNIKA, PŘI KTERÉ SE VSTUPUJE DO NITRA OKA PŘES PLOCHOU ČÁST ŘASNATÉHO TĚLÍSKA)

☐ **VPRAVO**
☐ **VLEVO**

☐ **S APLIKACÍ LÉČIVÉHO PŘÍPRAVKU:**

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

Účelem tohoto zdravotního výkonu je chirurgické ošetření sklivcového prostoru a sítnice. Předpokládaný prospěch závisí na základním onemocnění, pro které je výkon indikován.

Tímto onemocněním je zejména: odchlípení sítnice, diabetická retinopatie (změny na sítnice způsobené cukrovkou), krvácení do sklivce (sklivcového prostoru), nitrooční infekce a neinfekční záněty, poranění oka s / bez cizího nitroočního tělíska, epimakulární membrána (membrána, která se vytvořila nad středovou částí sítnice), makulární díra (otvor v sítnici, který se vytvořil ve středové části sítnice), edém makuly (otok sítnice, který se vytvořil ve středové části sítnice), uvolnění (luxace) vlastní či umělé nitrooční čočky do sklivce, krystalické uloženiny ve sklivci. Výkon může být proveden i jako diagnostický.

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.

U každého chirurgického zákroku na lidském organismu existuje určité riziko různě závažných komplikací. Vlivem operačních a pooperačních komplikací může dojít k přechodnému, ve výjimečných případech i k trvalému poklesu vidění. Komplikace, které mohou nastat během operace nebo v časném pooperačním období:

- krvácení z cévnatky (expulzivní) může vést k výraznému zhoršení vidění až ke ztrátě oka; rizikové faktory jsou vysoká krátkozrakost, předchozí oční operace, glaukom (zelený zákal), vysoký krevní tlak, věk nebo intenzivní kašel během operace,
- infekční komplikace: infekce rány, endoftalmitis (infekční zánět v nitru oka), pozdní endoftalmitis při volných stezích nebo po odstranění stehů,
- glaukom (zelený zákal), může být nutná dlouhodobá terapie nebo operace,
- netěsnost rány,
- změny refrakce (brýlové korekce),
- zhoršení zrakové ostrosti.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Neprovedení operace

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Operace se provádí buď v celkové anestezii, v tzv. analgosedaci (do žíly se podá krátkodobě působící silné analgetikum a tlumící lék způsobující ospalost) nebo retrobulbární anestézii. Při retrobulbární anestézii se injekcí aplikuje anestetikum za oko.

V průběhu operačního zákroku se proniká několika otvory do nitra oka, po odstranění sklivce se provádí další ošetření sítnice (teplem, chladem, laserovým paprskem nebo chirurgickými postupy), odstranění případného

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: **r. č.:**

cizorodého materiálu. V některých případech se aplikují léčiva či tzv. vnitřní tamponáda (expanzivní plyn nebo silikonový olej). Při bezstehové technice se vstupy do oka nešijí.

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

Přechodně nelze vykonávat fyzicky náročnou práci. Při použití expanzivního plynu nelze až do jeho vstřebání cestovat letadlem.

Pracovní neschopnost po operaci je v závislosti na vykonávané profesi 1 - 3 měsíce. Zdravotní způsobilost pro výkon některých povolání bude ovlivněna výslednou kvalitou vidění.

Další potřebná léčba:

Pravidelnou aplikaci kapek po dobu několika týdnů, zákaz plavání, kontaktních sportů a zvedání příliš těžkých předmětů po dobu minimálně 3 měsíců.

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