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): **LASEROVÁ FOTOKOAGULACE SÍTNICE** ☐ **VPRAVO** ☐ **VLEVO**	

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

Účelem výkonu je snížení rizika dalšího zhoršování onemocnění a zamezení vzniku či rozvoje jeho komplikací. Primárním cílem tedy není zlepšit vidění. Jde o onemocnění sítnice, cévnatky i dalších nitroočních tkání (zejména diabetická retinopatie - to je soubor změn sítnice a dalších tkání způsobený úplavicí cukrovou, stavy spojené s odchlípením sítnice či rizikem jeho vzniku, stavy po uzávěrech sítnicových cév a další). Podstatou výkonu je bodová tepelná koagulace (srážení) bílkovin sítnice a vytvoření jizvy sítnice laserovým paprskem.

Rizika léčby:

- narušení povrchu rohovky při použití kontaktní čočky,
- možná bolestivost během působení laseru,
- přechodné či trvalé zhoršení vidění v důsledku otoku sítnice či nitroočního krvácení,

výpady v zorném poli v závislosti na rozsahu ošetření sítnice.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Nejsou

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Kapání očních kapek na rozšíření zornice a znecitlivění rohovky, ošetření sítnice laserovými impulsy na štěrbinové lampě (speciální mikroskop).

V rámci léčebného plánu může být výkon proveden opakovaně. Počet aplikací závisí na povaze léčeného onemocnění, rozsahu postižení a dalších faktorech, např. na celkovém stavu pacienta. Přesný počet aplikací potřebných ke zklidnění onemocnění tedy nelze dopředu jednoznačně určit a tento počet je individuální pro každého pacienta. Souhlas s výkonem platí pro celý léčebný plán a souhlas s výkonem lze kdykoli odvolat.

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

Do zúžení zornice není možno řídit motorové vozidlo (zpravidla několik hodin). Nepředpokládá se změna zdravotní způsobilosti.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Další potřebná léčba:

Jednorázové nakapání očních kapek a eventuálně léků ve formě tablet. Další postup je individuální, závisí na povaze a tíži základního onemocnění.

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