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):

ZADNÍ LAMELÁRNÍ KERATOPLASTIKA

☐ **VPRAVO**
☐ **VLEVO**

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

Účelem tohoto zdravotního výkonu je odstranění poškozené vnitřní části rohovky a její nahrazení zdravou lamelou rohovky zemřelého dárce. Cílem výkonu je zlepšení vidění, eventuální odstranění dalších obtíží (bolest, podráždění oka apod.).

U každého 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:

- dislokace (posunutí) lamely po operaci, kdy je nutné první dny po operaci upravit polohu lamely a přidat vzduch do oka,
- refrakční vady, jako pooperační astigmatismus (nepravidelné zakřivení optické soustavy oka); může být nutné nošení brýlí, kontaktních čoček,
- cystoidní makulární edém (otok sítnice v místě nejostřejšího vidění); zpravidla ustupuje spontánně,
- infekční komplikace: infekce rány, endoftalmitis (infekční zánět v nitru oka), pozdní endoftalmitis při volných stezích nebo po odstranění stehů; tato komplikace může vyžadovat další operaci,
- odhojení transplantátu, většina odhojovacích reakcí se dá zvládnout kapkami nebo celkovou léčbou potlačující imunitu, vyšší riziko takové reakce je u očí po předchozích transplantacích rohovky, u pacientů se závažnou alergií či revmatoidní artritidou (celkové onemocnění organismu postihující také např. klouby), u skleritidy (zánět bělimy), po akantamébové keratitidě (zánět rohovky způsobený mikroorganismem, který se jmenuje akantaméba) a u stavů po poleptání oka,
- glaukom (zelený zákal), může být nutná dlouhodobá terapie nebo operace,
- netěsnost rány (vyžaduje chirurgické uzavření rány),

přetrvávající defekt povrchu transplantátu u pacientů se suchým okem, po poleptání.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Neprovedení operace

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Operace se provádí po znecitlivění oka kapkami nebo retrobulbární anestézii, případně v celkové anestezii. Při retrobulbární anestézii se injekcí aplikuje anestetikum za oko. V průběhu operačního

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: **r. č.:**

zákroku se odstraňuje tenká poškozená lamela ze zadní strany rohovky a transplantuje se tenká lamela rohovky od dárce, která se pomocí vzduchu přilepí na zadní stranu rohovky.

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 a pracovní neschopnost po operaci je v závislosti na vykonávané profesi 1 - 3 měsíce. Je zákaz plavání v bazénu, kontaktních sportů a zvedání příliš těžkých předmětů po dobu 3 měsíců.

Další potřebná léčba:

Po operaci nutné polohování dle doporučení ošetřujícího lékaře.

Pravidelná aplikace kapek po dobu 3-6 měsíců, po operaci budou nutné kontroly u očního lékaře (minimálně 5x), definitivní korekce vidění brýlemi apod. je možná až po odstranění stehů (přibližně za 1 měsíc po operaci).

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