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): **PŘIDÁNÍ STEHU/Ů ROHOVKY** ☐ **VPRAVO** ☐ **VLEVO**	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem tohoto zdravotního výkonu je upravit netěsnost rány rohovky případně upravit adaptaci („usazení“) transplantátu rohovky. <u>Rizika léčby:</u> - infekční komplikace, zhoršené vidění.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Přechodně aplikace kontaktní čočky.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Znecitlivění oka kapkami nebo tzv. retrobulbární anestézií (injekce anestetika za oko). Část rohovky se sešije stehy.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Zákaz plavání v bazénu, v řekách a rybnících, vyvarování se prašného prostředí. Pracovní neschopnost po operaci je v závislosti na vykonávané práci obvykle 1 týden.	
Další potřebná léčba: Pravidelná aplikace kapek po dobu několika dnů, kontroly u očního lékaře (první pooperační den a dále dle potřeby).	
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:	

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
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	