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): **CROSS-LINKING ROHOVKY** ☐ **VPRAVO** ☐ **VLEVO**	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem tohoto zdravotního výkonu je zastavení progrese (zhoršování) keratokonu (onemocnění, při kterém se rohovka nepravidelně vyklenuje a ztenčuje). 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: - infekční komplikace: infekce rohovky, jizva rohovky.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Neprovedení operace	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Operace se provádí v místní anestézii. Po aplikaci místní anestezie v kapkách se odstraňuje epitel rohovky (povrchní vrstva rohovky), aplikuje se na 10 minut riboflavin ve formě kapek na rohovku a následně se rohovka 10 minut ozařuje ultrafialovým zářením A. Po ukončení ozařování se aplikuje terapeutická kontaktní čočka na rohovku.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Přechodně nelze vykonávat práci v prašném prostředí do doby, než se zhojí rohovka (obvykle 1°týden).	
Další potřebná léčba: Pravidelnou aplikaci kapek po dobu 4 týdnů. Kontroly se standardně provádějí první den po operaci, dále pak za týden, za měsíc a další kontroly jsou individuálně po domluvě s lékařem.	
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:	

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

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