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):

DIAGNOSTICKÁ PUNKCE PŘEDNÍ KOMORY

☐ **VPRAVO**
☐ **VLEVO**

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

Účelem tohoto zdravotního výkonu je odběr nitrooční tekutiny k vyšetření za účelem stanovení diagnózy.

Rizika a důsledky výkonu:

- přechodné malé krvácení do přední komory spojené s přechodným zhoršením vidění,

infekční zánět (endoftalmitida): tato komplikace může vést i k poškození oka.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Při neprovedení punkce přední komory buď léčba empirická („zkusmo" bez přesného stanovení příčiny onemocnění) či sledování pacienta bez nasazení léčby.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Punkce (napíchnutí) přední komory je malý operační zákrok prováděný ambulantně po místním znecitlivění oka kapkami. Operatér odebere mikrojehlou malé množství nitrooční tekutiny, antibiotickou mast aplikuje do oční štěrbiny a sterilně zakryje oko obvazem.

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

Několik hodin po výkonu se nedoporučuje vykonávat fyzicky náročnou práci a pobývat v nečistém prostředí, pracovní neschopnost po výkonu není nutná.

Další potřebná léčba:

Pravidelná aplikace kapek, pokud to stav vyžaduje, po výkonu budou nutné kontroly u očního lékaře v závislosti na charakteru 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.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
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	