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 (popřípadě několika výkonů):

PŘEDNÍ ORBITOTOMIE (OTEVŘENÍ OČNICE PŘÍSTUPEM ZEPŘEDU)

☐ **VPRAVO**
☐ **VLEVO**

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

Získání vzorku tkáně k posouzení dalšího vyšetřovacího i léčebného postupu případně úplné odstranění útvaru.

Rizika léčby:

- infekční komplikace,
- krvácení do očnice,
- porucha vidění - zpravidla přechodná,
- možnost vzniku dvojitého vidění,
- pokles víčka (ptóza).

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Punkční biopsie - odběr vzorku silnou jehlou, nebo neprovedení výkonu.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Místní znecitlivění či celková anestézie, kožní nebo spojivkový řez, po proniknutí k útvaru odběr vzorku k histologickému vyšetření nebo úplné odstranění útvaru.

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

Pracovní neschopnost po operaci je v závislosti na vykonávané práci obvykle 1 týden.

Změna zdravotní způsobilosti se nepředpokládá, ale v krajním případě je možná ztráta vidění oka na operované straně.

Po výkonu je třeba zachovat relativní fyzický klid, v případě potřeby pravidelnou aplikaci kapek či mastí, zákaz plavání v bazénu, v řekách a rybnících, vyvarování se prašného prostředí.

Další potřebná léčba:

Kontroly se standardně provádějí první den po operaci, dále za týden, další postup je individuální dle histologického nálezu.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

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