

## INFORMOVANÝ SOUHLAS S LASEROVÝM OŠETŘENÍM SÍTNICE

NA STRANĚ: .....

Jméno pacienta: .....

Rodné číslo: .....

štítek

**Definice:** Laserové ošetření sítnice je léčebný zákrok, při němž jsou předem určené okrsky sítnice pokryty sítí bodů s vysokou tepelnou energií. Podstatou tohoto zákroku je pak stabilizace onemocnění sítnice.

**Cíl a důvod výkonu:** Cílem výkonu je uzavřít cévy, kterými prosakuje krev a krevní sérum do sítnice, zároveň se tímto výkonem zlepši prokrvení sítnice i žluté skvrny, tedy místa nejostřejšího vidění.

**Alternativy k výkonu:** nejsou

**Příprava před výkonem:** Není potřebná.

**Postup při výkonu:** Během laserového ošetřování jste při vědomí. Po znecitlivění rohovky je na oko položena speciální zvětšovací čočka, přes kterou je laserový zákrok proveden. Poté jste vyzván/a, abyste druhým neoperovaným okem fixoval/a určitý bod. Samotný zákrok je většinou nebolestivý, výjimečně však při něm můžete pociťovat mírnou bolest.

**Průběh a péče po výkonu/případná omezení:** V průběhu ošetření je nutno sedět u laserového přístroje s opřenou hlavou několik minut. Po ukončení laserového zákroku je pacientovi nakapána jednorázově zklidňující látka do operovaného oka. Kromě přechodného oslnění a zhoršeného vidění, nejsou pro pacienta žádná omezení. Po výkonu nedoporučujeme řízení motorového vozidla po dobu 4 hodin.

**Možné časté komplikace a následující rizika:** Při každém laserovém ošetření sítnice existuje riziko komplikací. Toto riziko je do značné míry ovlivněno spoluprací pacient během zákroku. Mezi nejzávažnější komplikace patří poškození místa nejostřejšího vidění s následným trvalým snížením zrakové ostrosti. Mezi méně závažné komplikace patří krvácení na sítnici a do sklivce, porucha zornicové reakce. Pacient si po laserovém ošetření sítnice může uvědomovat drobné výpady zorného pole.

**Datum:** .....

**Jméno lékaře:** ..... **Podpis lékaře:** .....

### PACIENT / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:

1. Přečtete si laskavě pozorně text tohoto souhlasu.
2. Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se lékaře znovu zeptat.
3. Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište jej.

**Já, pacient / zákonný zástupce prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a včas informován/a o povaze lékařského výkonu / lékařského postupu uvedeného výše, byl/a jsem též informován/a o možných rizicích tohoto výkonu. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny. Své rozhodnutí činím po pečlivé úvaze a po posouzení všech rozhodujících skutečností.**

**Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:**

- s uvedeným léčebným postupem,
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další související výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav / zdravotní stav opatrované osoby a vzhledem ke konkrétní situaci nebude možno získat můj aktuální souhlas.

**Jsem srozuměn/a s tím, že:**

- uvedený léčebný postup nemusí být proveden lékařem, který mne dosud ošetřoval,
- souhlas se pokládá za informovaný také v případě, že se podle § 32 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb. podání informace vzdávám.

**Souhlasím s poskytnutím informací:**

ano  ne

**Datum:** ..... **Podpis pacienta:** .....

**Jméno a podpis zákonného zástupce (1):**.....

**Jméno a podpis zákonného zástupce (2):**.....

**Jméno a podpis pacientem určené osoby při přijetí v Informovaném souhlasu s hospitalizací:**

**POKUD SOUHLAS NELZE PACIENTEM PODEPSAT, VYPLŇTE DLE SITUACE VARIANTU A) NEBO B):**

a) **Jméno svědka (zdravotnický pracovník):**.....

**Podpis:** .....

**Datum:** .....

b) **Jméno svědka:** ..... **Rodné číslo:** .....

**Adresa bydliště:** ..... **Číslo OP:** .....

**Datum:** .....