

INFORMOVANÝ SOUHLAS S YAG – LASEROVÁ KAPSULOTOMIE

NA STRANĚ:

Jméno pacienta:

Rodné číslo:

štítek

Definice: Laserová kapsulotomie – ošetření LASERem (intenzivním pulsním světlem) za účelem vytvoření otvoru v zjizveném čočkovém pouzdře, do kterého byla implantována umělá nitrooční čočka při operaci šedého zákalu.

Cíl a důvod výkonu: cílem je odstranění překážky v optickém systému oka a tím zlepšení zraku

Alternativy k výkonu: chirurgické odstranění. Jedná se o nitrooční zákrok podstatně delší a s větším rizikem komplikací

Příprava před výkonem: opakovaná aplikace očních kapek pro rozšíření zornice.

Postup při výkonu: pomocí speciálního přístroje zaměříme zkalené pouzdro za nitrooční čočkou a několika záblesky vytvoříme „okénko“, kterým opět bez rušení může procházet světlo do oka.

Průběh a péče po výkonu/případná omezení: okamžitě po výkonu aplikujeme oční kapky s protizánětlivým účinkem a oční kapky pro snížení nitroočního tlaku. Pokud oční nález vyžaduje delší léčbu, vystaví lékař recept na oční kapky.

Možné časté komplikace a následující rizika: Po provedení YAG kapsulotomie zadního pouzdra může velmi vzácně dojít ke vzniku odchlípení sítnice, přechodně může být oko mírně podrážděné a vzácně může dojít i ke zvýšení nitroočního tlaku. Z literatury jsou známé vzácné komplikace jako decentrace nitrooční čočky a nitrooční krvácení.

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: