

INFORMOVANÝ SOUHLAS S VÝKONEM – LASEROVÁ IRIDOTOMIE (LIT)

NA STRANĚ:

Jméno pacienta:

Rodné číslo:

štítek

Definice: Principem výkonu je vytvoření drobného otvoru v duhovce, který umožní proudění oční tekutiny alternativní cestou, a tím zabráni hromadění nitrooční tekutiny za duhovkou, které má za následek prudký vzestup nitroočního tlaku a rozvoj glaukomového záchvatu.

Cíl a důvod výkonu: Výkon se provádí tehdy, kdy oku hrozí nebo se již rozvinul glaukomový záchvat (náhle zvýšení nitroočního tlaku v důsledku uzavření odtokových cest). Očekávaným přínosem výkonu je zamezení vzniku dalšího glaukomového záchvatu.

Alternativy k výkonu: Tento výkon Vám byl doporučen jako nejvhodnější pro tuto chvíli a nemá srovnatelnou alternativu. Dalším řešením operační bazální iridektomie, kdy se musí oko chirurgicky otevřít, abychom mohli vytvořit v duhovce otvor.

Příprava před výkonem: Není nutná žádná příprava.

Postup při výkonu: Výkon se provádí ambulantně vsedě. V místním znecitlivění je na oko nasazena speciální kontaktní čočka a laserovým paprskem je vytvořen otvor v periférii duhovky. Doba trvání je do 10 minut. Zákrok je většinou nebolestivý.

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: Zákroky na oku s využitím laseru jsou dnes považovány za velmi bezpečné a bývají doprovázeny pouze minimálními komplikacemi. Přechodně může být oko mírně podrážděné, může dojít ke krvácení z duhovkových cév, ke zvýšení nitroočního tlaku či k rozvinutí zánětu. Po výkonu někdy bývá přechodné zhoršení vidění vlivem krvácení či rozptylem duhovkového pigmentu.

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. Svě 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: