

**INFORMOVANÝ SOUHLAS S VÝKONEM – SELEKTIVNÍ  
LASEROVÁ TRABEKULOPLASTIKA (SLT)**

**NA STRANĚ:** .....

**Jméno pacienta:** .....

**Rodné číslo:** .....

štítek

**Definice:** SLT – principem operačního výkonu je rozšíření přirozené cesty pro odtok oční tekutiny laserem s následným snížením nitroočního tlaku.

**Cíl a důvod výkonu:** Operace je navrhována obvykle v případě, že dosavadní léčba není dostatečně účinná, nedostatečně udržuje vhodnou výši nitroočního tlaku a dochází k dalším poruchám zorného pole a ke zhoršování zraku. Někdy tato metoda může být i metodou první volby (před nasazením kapek).

Očekávaným přínosem operace je snížení nitroočního tlaku, zastavení dalšího postupu onemocnění nebo i snížení počtu užívaných kapek.

**Alternativy k výkonu:** Tento výkon Vám byl doporučen jako nejvhodnější pro tuto chvíli a nemá srovnatelnou alternativu.

**Příprava před výkonem:** Není nutná žádná příprava.

**Postup při výkonu:** Samotný operační výkon se obvykle provádí ambulantně v místním znecitlivění, jeho trvání je při dobré spolupráci pacienta a operátora obvykle do 20 minut. Zákrok je bolestivý jen minimálně nebo vůbec.

**Průběh a péče po výkonu/případná omezení:** Pooperační péče vyžaduje asi týdenní léčbu protizánětlivými kapkami dle doporučení operátora a kontroly očního tlaku. Běžné fyzické aktivity nejsou omezeny.

**Možné časté komplikace a následující rizika:** Ke komplikacím tohoto výkonu patří mírné zvýšení nitroočního tlaku ihned po operaci s postupnou stabilizací. Po další individuálně dlouhé době (měsíce, roky) se může nitrooční tlak opět zvýšit. Zákrok je možné opakovat, případně doporučit jiný postup. Část pacientů udává lehké přechodné zamlžení těsně po zákroku. Četnost komplikací je velmi nízká.

Při optimálním průběhu samotného výkonu a pooperačním hojení vysazujeme po operaci antiglaukomovou léčbu. Může se však stát, že se nitrooční tlak vrátí na původní hodnoty a je nutné vrátit se k léčbě ve formě kapek.

**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:** .....