Oddělení: **Oční oddělení**

Stanice:

Pacient: Jméno, příjmení, číslo pojištěnce, pojišťovna (resp. štítek pacienta):

Písemný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb/zdravotních výkonů

Název zdravotních služeb/zdravotního výkonu:

Operace šedého zákalu

1. Povaha onemocnění: šedý zákal představuje zkalení oční čočky uvnitř oka a je charakterizován zhoršeným viděním různého stupně podle intenzity zkalení čočky.

2. Předpokládaný vývoj onemocnění: Zkalení čočky je o nevratný děj, kdy bez provedení operace není možné předpokládat zlepšení zrakové ostrosti.

3. Plánovaným postupem při léčbě je: chirurgickou cestou odstranění zkalené čočky, nahrazení čočky umělou nitrooční čočkou.

4. Účelem tohoto zdravotního výkonu je: chirurgické odstranění zkalené čočky, tím odstranění překážky průniku světelných paprsků k sítnici.
Průběh zdravotního výkonu: aplikace očních kapek na rozšíření zornice a znecitlivění, pod mikroskopem vstup do přední komory oční, odstranění zkalené čočky, implantace umělé čočky do původního pouzdra. Aplikace masti, sterilní krytí do druhého dne.

5. Předpokládaný prospěch léčby a jejich význam pro zdravotní stav pacienta: odstraněním zkalené čočky a nahrazením umělou čirou čočkou dojde k zlepšení průniku světelných paprsků k sítnici. Pokud není přítomno jiné oční onemocnění, předpokládáme zlepšení vidění.

6. Možná rizika a důsledky navrhované léčby a jednotlivých zdravotních výkonů:

- pokles horního víčka
- ztráta rohovkové průhlednosti, rohovkové zákaly nebo rohovková dystrofie, což může později vyžadovat transplantaci rohovky
- nitrooční srůsty, zneokrouhlení zornice
- zelený zákal
- zánět duhovky a cévnatky
- nitrooční masivní krvácení, kdy je nutné operaci přerušit a které může způsobit i trvalou ztrátu zraku
- trhlina a odchlípení sítnice, či její prosáknutí nebo cévní uzávěr
- dvojité vidění, zákaly ve sklivci
- nitrooční infekce, která je vážnou komplikací, jež i přes usilovnou léčbu může vést ke ztrátě vidění.

7. Možné omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní neschopnosti po provedení navrhovaného výkonu: jde o ambulantní výkon, pacient odchází se zavázaným okem, je zakázáno řídit motorové vozidlo, pooperačně je vhodné fyzické šetření, minimálně týdenní pracovní neschopnost. Při implantaci monofokální čočky je nutná nová brýlová korekce do blízka.

8. Léčebný režim a preventivní opatření: aplikace kapek cca 5 týdnů.
Kontrolní léčebné nebo vyšetřovací výkony: kontrola 1. den po operaci, následně a 1 týden spádovým očním lékařem, kontroly nitroočního tlaku.

9. Alternativy plánovaného postupu při léčbě, jejich výhody a nevýhody: různé typy nitroočních čoček v rámci nadstandardní péče.
Byl jsem poučen o implantovaném zdravotnickém prostředku (umělé nitrooční čočce).

Byl jsem poučen o svém právu se svobodně rozhodnout o navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče i o možnosti kdykoliv v budoucnu svůj souhlas odvolat, případně znovu udělit.

Souhlas pacienta s poskytnutím zdravotních služeb/zdravotních výkonů

Já, níže podepsaný prohlašuji, že výše uvedené poučení mi bylo níže uvedeným lékařem osobně a ústně vysvětleno, tak, že jsem měl čas a možnost tyto informace uvážit. Měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny.
Tomuto poučení a poskytnutým informacím jsem plně porozuměl. **Výslovně souhlasím s poskytnutím zdravotních služeb a s provedením výše uvedených výkonů.**
V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s provedením veškerých dalších potřebných a neodkladných výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví.

V Českých Budějovicích dne v hod.

Podpis pacienta:

Jméno, příjmení, titul a podpis lékaře:

V případě, že se pacient nemůže podepsat:

Prohlášení svědka, který byl projevu souhlasu přítomen

Jméno, příjmení, (není-li svědek zaměstnancem Nemocnice České Budějovice, a.s., uvede se také adresa a datum narození svědka):

Prohlašuji, že pacient přede mnou projevil, že po poskytnutém poučení souhlasí s poskytnutím zdravotních služeb/provedením výše uvedených výkonů včetně všech jednotlivých výše uvedených prohlášení.

Pacient se nemůže podepsat z důvodu, že:

Pacient projevil svůj souhlas tak, že:

Podpis svědka: