



Kroměřížská nemocnice a.s.
Havlíčková 660/69, 767 01 Kroměříž
IČ: 27660532 DIČ: CZ27660532
Telefon: 573 322 111, e-mail: post@nem-km.cz

**IS
OFT
07**

Informovaný souhlas pacienta s výkonem

Laserové ošetření sítnice

Identifikační štítek
pacienta

Vážená paní, vážený pane,

lékařem Vám byl doporučen výkon laserové ošetření sítnice. Tento zákrok vyžaduje Váš souhlas. Než se k výkonu rozhodnete, seznamte se, prosím, s informacemi o důvodech k zákroku, průběhu léčby, rizicích a případných následcích navrhovaného výkonu. Tyto informace Vám pomohou připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude o navrhovaném postupu informovat, Připravte si své dotazy, abychom Vám na ně mohli odpovědět, a abyste se mohl(a) následně rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení.

Co je laserové ošetření sítnice:

Aplikace laserového paprsku na sítnici a vytvoření laserové stopy tak, aby došlo ke stabilizaci onemocnění sítnice a tím ke stabilizaci vidění.

Důvod výkonu:

Ošetření sítnice laserem se obvykle provádí v těchto případech:

1. při postižení sítnice cukrovkou,
2. při trhlinách nebo místech zeslabení sítnice,
3. při uzávěru sítnicových cév.

Podle rozsahu ošetření bude nutné jedno nebo několik sezení.

Příprava k výkonu:

Před výkonem se aplikují kapky k rozšíření zornice, poté se aplikují anestetické kapky.

Postup při výkonu:

Zákrok probíhá ambulantně na šterbinové lampě, ke které je připojen laser. Na oko se nasadí čočka, přes kterou se na sítnici aplikuje laser v množství několik desítek až stovek bodů. Vytvoření těchto bodů není většinou bolestivé, ale můžete cítit tlak.

Rizika a možné komplikace výkonu:

Možné komplikace jsou zasažení makuly (žluté skvrny) nebo zřakového nervu s následným ohrožením vidění – většinou při špatné spolupráci pacienta. Mezi vzácné komplikace patří: krvácení do nitra oka ze zasažené cévy, přechodná oděrka rohovky způsobená kontaktní čočkou, přechodné zvýšení nitroočního tlaku.

Režim po výkonu, možná omezení:

Vidění ošetřeného oka může být po určitou dobu zhoršeno jako následek oslnění a rozšíření zornice. Po výkonu jsou do oka aplikovány protizánětlivé kapky. Režim po zákroku nevyžaduje pracovní neschopnost nebo další speciální opatření.

Alternativy výkonu:

Tento výkon Vám byl doporučen jako nejvhodnější pro tuto chvíli a nemá srovnatelnou alternativu.

Pacient (jméno, příjmení, rodné číslo): _____

Já, níže podepsaný, tímto prohlašuji, že jsem byl poučen o výkonu: laserové ošetření sítnice.

Prohlašuji, že mi bylo sděleno a vysvětleno:

- Účel, povaha a předpokládaný přínos výkonu.
- Předpokládané důsledky, následky a možná rizika zdravotního výkonu.
- Zda existuje jiná alternativa kromě navržené zdravotní služby či výkonu, jaký je její možný přínos, důsledky a rizika a byl jsem poučen o možnosti volby.
- Možné omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti po poskytnutí zdravotní služby či výkonu.

Prohlašuji, že mi bylo umožněno, abych indikujícímu lékaři i lékaři specialistovi **kladl doplňující otázky**, které mi řádně zodpověděl.

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl, poučení považuji za **dostatečné a nemám žádných dalších otázek**.

Na základě své svobodné vůle a na základě poskytnutých informací vyslovuji tedy svůj **svobodný, informovaný souhlas s výkonem**.

Rovněž souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů, nutných k záchraně mého života či zdraví, byly tyto provedeny.

V Kroměříži dne, hod. _____

Podpis pacienta _____
či zákonného zástupce

Podpis lékaře, jmenovka _____

Podpis svědka¹ _____

1 jméno a podpis svědků poučení souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat.