

Informovaný souhlas zákonného zástupce s provedením kryokoagulace – laserkoagulace periferie sítnice (ošetření periferie sítnice mražením nebo laserem)

Pacient/ka – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta/ky: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu

**kryokoagulace – laserkoagulace periferie sítnice
(ošetření periferie sítnice mražením nebo laserem)**

Účel výkonu

Vážená maminko, tatínku,
Vaše miminko se narodilo příliš brzy a má těžce nezralou sítnici v očích, mluvíme o retinopatii nedonošených dětí.
Cévy sítnice se v oku objevují v 16. týdnu těhotenství v jeho zadní části a podél stěn oka postupně rostou dopředu, kdy přibližně kolem 38. týdne dosáhnou pokrytí celého oka.
Protože Vaše miminko mělo v době porodu tyto cévy ještě nedorostlé a nedozrává v přirozených podmínkách v těle matky, došlo k tomu, že se růst cév obrátil a místo v sítnici podél stěny oka rostou směrem dovnitř, do sklivce, kde, pokud jim v tom nezabráníme, spolu s vazivem postupně vyplní celé oko nebo odtrhnou sítnici a toto oko bude slepé.

Povaha výkonu

Probíhá v celkové anestézii (spánek) - s možnými riziky celkové anestézie vzhledem k věku dítěte nebo v místní anestézii s celkovým zklidněním dítěte léky. Směřujeme laserový paprsek zevnitř nebo kryokoagulační sondu zevně, pod zrakovou kontrolou, na oblast bezcévné sítnice.

Předpokládaný prospěch výkonu

Ústup novotvořených cév sítnice, snížení nebezpečí zhoršení vidění.

Alternativa výkonu

Proč doporučujeme tento výkon?
Žádnou jinou metodou než ošetřením bezcévné periferie sítnice laserovou nebo kryokoagulací, není možné tento nekoordinovaný růst cév zastavit.

Možná rizika zvoleného výkonu

Úspěch lékařských výkonů a jejich absolutní nerizikovitost nelze nikdy zcela zajistit.
Nejčastější možné komplikace jsou:

- otok víček,
- krvácení pod spojivkou,
- krvácení do sklivce,
- atrofie zrakového nervu,
- atrofie očního bulbu.

Ne vždy se podaří přirozený progresivní průběh onemocnění zvrátit a slepotě postiženého oka zabránit.
Po výkonu:

V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře!!!

Následky výkonu

Zúžení zorného pole, horší vidění za šera.

V případě jakýchkoliv nejasností Vám rádi zodpovíme na Vaše dotazy.**Souhlas:**

Vzor vyplnění (zatržení):	Zakroužkujte správnou odpověď	<input checked="" type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu u osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem).		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná u osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), o provedení kontrolních zdravotních výkonů.		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny.		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), souhlasím s jejich provedením.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o zdravotním stavu osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), jež by mohly nepříznivě ovlivnit její léčbu či ohrozit její okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE

Datum:	Hodina	Podpis zákonného zástupce nebo opatrovníka

Jméno, příjmení lékaře/ky, který(á) podal(a) informaci	Podpis lékaře/ky, který(á) podal(a) informaci

Zpracovala: MUDr. Juraj Šimičák
Přednosta: doc. MUDr. Jiří Řehák, CSc.
Zástupce pro LP: MUDr. Klára Marešová, Ph. D