

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Aplikace anti-VEGF do sklivce u dětí

Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k tomu, že jako svépřávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vašeho dítěte, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(a).

Na základě aktuálního zdravotního stavu Vašeho dítěte byla lékařem doporučena aplikace léčiva anti-VEGF do sklivce.

Proč aplikace do sklivce:

Některá léčiva se podávají do sklivce, aby bylo možné dosáhnout účinné koncentrace léčivé látky uvnitř oka.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Léčba nitroočními injekcemi anti-VEGF u dětí je indikována u retinopatie nedonošených dětí (onemocnění, vyvíjející se sítnice u předčasně narozených dětí).

Alternativy výkonu:

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

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Příprava zahrnuje rozšíření zornice a preventivní aplikaci antibiotik v kapkách do obou očí.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Aplikace se provádí v celkové anestezii za sterilních podmínek na operačním sále. Po dezinfekci povrchu oka je injekcí aplikováno léčivo přímo do sklivcového prostoru, zhruba 2 mm od okraje rohovky. Anti-VEGF léčivo je, s ohledem na obvykle stejný průběh a závažnost onemocnění, aplikováno během celkové anestezie do obou očí.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

- možnost zavlečení infekce do oka s nutností léčby,
- krvácení do nitra oka z místa vpichu, s poklesem vidění na trvalo nebo přechodně,
- možné zvýšení nitroočního tlaku, obvykle přechodné,
- možné urychlení vzniku šedého zákalu,
- expulzivní hemoragie (zcela výjimečné krvácení do živnatky, může vést ke slepotě),
- odchlípení sítnice (řešení je operací).

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Po aplikaci anti-VEGF do sklivcového prostoru oka budou dítěti aplikovány protizánětlivé kapky po dobu zhruba 5-7 dnů.

Identifikační údaje pacienta(tky):

Příjmení:	Jméno:	Titul:	RČ:
-----------	--------	--------	-----

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:	Jméno:	Datum narození:
-----------	--------	-----------------

Plánovaný výkon:

Aplikace anti-VEGF do sklivce u dětí

Vysvětlující pohovor provedl:

identifikace a podpis lékaře

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

V Ostravě dne: _____

 podpis pacienta, zákonného zástupce, opatrovníka

	datum	identifikace a podpis lékaře	podpis pacienta(tky), zákonného zástupce, opatrovníka
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____
8.	_____	_____	_____
9.	_____	_____	_____