

Informovaný souhlas rodiče s výkonem

Kryoretinopexe u dětí

Vážení rodiče,

vzhledem k tomu, že jako zákonní zástupci svého dítěte se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vašeho dítěte, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informováni.

Na základě aktuálního zdravotního stavu Vašeho dítěte, Vám bylo lékařem doporučeno ošetření sítnice mrazem (kryoretinopexe).

Co je ROP (retinopatie nezralých novorozenců):

Retinopatie nezralých novorozenců (ROP – retinopathy of prematurity) je onemocnění nezralé sítnice (retiny), způsobené narušením normálního vývoje tvořících se cév sítnice. Ohrožuje zejména těžce nezralé novorozence. Principem operačního výkonu je zničení periferní bezcévné části sítnice mrazem a tím zabránění odchlípení nepostižené části sítnice.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Očekávaným přínosem operace je obnovení anatomie oka a zabránění ztráty vidění.

Alternativy výkonu:

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

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Příprava doma není potřebná, zornice budou rozšířeny kapkami těsně před výkonem. Rozšíření přetrvává několik hodin a neumožňuje zaostření.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Operace se provádí při hospitalizaci nebo ambulantně v celkové anestézii. Operace spočívá v ošetření periferní bezcévné části sítnice mrazem za pomoci speciální sondy.

Jaké jsou možné komplikace:

- přechodně otok víček a spojivky,
- během i po výkonu může dojít k nitroočnímu krvácení.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Vidění ošetřeného oka bude přechodně (několik hodin až dní) zhoršeno jako následek rozšíření zornice.

Identifikační údaje dítěte:

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

Plánovaný výkon:

Kryoretinopexe 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, svého dítěte, 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 zdravotního stavu, svého dítěte, 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 života nebo zdraví mého dítěte, budou tyto výkony provedeny.

V Ostravě dne:

.....
podpis zákonného zástupce, opatrovníka