

Informovaný souhlas rodiče s výkonem

Laserové ošetření sítnice 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 laserové ošetření sítnice.

Co je laserové ošetření sítnice:

Laser je zařízení, které je zdrojem světelného paprsku – nositele světelné energie. Ta je zachycena sítnicovým pigmentem a tím přeměněna na teplo. To vyvolá v sítnici žádanou biologickou odezvu – trvalou stopu (jizvu).

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Ošetření indikujeme obvykle pro některou z těchto příčin:

- při postižení sítnice cukrovkou,
- uzávěr sítnicových cév,
- věkem podmíněná degenerace makuly (místa nejostřejšího vidění),
- trhliny či zeslabení sítnice,
- retinopatie nezralých novorozenců (ROP).

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:

Provádí se ambulantně nebo za hospitalizace, v místní nebo celkové anestezii. Bude aplikována série laserových bodů k vytvoření stop na sítnici (až několik set).

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

- zasažení žluté skvrny nebo zrakového nervu s rizikem zhoršení vidění (velmi vzácné),
- krvácení do nitra oka ze zasažené cévy (velmi vzácné),
- přechodné zvýšení nitroočního tlaku (velmi vzácné).

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

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

Identifikační údaje dítěte:

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

Plánovaný výkon:

Laserové ošetření sítnice 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