

## Laserové ošetření sítnice (LFK)

### Pacient (štítek)

---

Jméno a příjmení:

---

Rodné číslo:

Bydliště:

---

### Zákonný zástupce

---

Jméno a příjmení:

Datum narození:

---

### Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

v předkládaném formuláři si přečtete informace o laserovém ošetření sítnice LFK. Pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohl(a) rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení.

### Co je laserové ošetření sítnice:

Laserové ošetření sítnice je zákrok, jehož cílem je stabilizace polohy sítnice (u sítnicových trhlin a úrazových krvácení) nebo snaha omezit (zabránit) tvoření dalších nepřírodných změn v sítnici u poruch výživy z cukrovky, po cévních uzávěrech nebo u některých vrozených onemocnění. Účelem je stabilizace vidění, ale není to pravidlem, může dojít i ke zhoršení vlivem působení základní příčiny.

### Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Důvodem jsou nepřírodné změny sítnice uvedené výše.

### Jaký je režim pacienta před výkonem:

Před výkonem se rozšíří zornice a oko místně znecitliví pomocí očních kapek.

### Jaký je postup při provádění výkonu:

Zákrok probíhá ambulantně. Po místním znecitlivění se laseruje pomocí speciální kontaktní čočky, během ošetření je bezpodmínečně nutná spolupráce nemocného s lékařem!

### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

- narušení povrchové vrstvy rohovky kontaktní čočkou
- zvýšení nitroočního tlaku
- možnost následného krvácení do sítnice nebo do sklivce
- nedostatečné ošetření nebo návrat původního ošetření
- zhoršení akomodační schopnosti
- zhoršená adaptace na tmou
- horší kvalita barevného vidění
- v případě nespolupráce pacienta při aplikaci laserového paprsku do centra žluté skvrny

- vznik absolutního centrálního výpadu zorného pole
- odchlípení sítnice

### **Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:**

Po výkonu je do oka aplikována oční mast ke zklidnění, pracovní neschopnost není nutná, režim po zákroku nevyžaduje žádné úpravy.

### **Jaké jsou možné alternativy výkonu:**

Alternativní možnost neexistuje.

**Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Byly mi vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). Lékařem jsem byl(a) poučen(a) o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.**

**Souhlasím s provedením výše uvedeného výkonu, případně s jeho opakováním v průběhu stávající ambulantní léčby.**

**Datum:**

**Datum:**

**Oko pravé**

**Oko levé**

\_\_\_\_\_  
Podpis pacienta nebo zákonného zástupce

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis ošetřujícího lékaře, který vysvětluje pohovor provedl

### **Pacient(ka) není schopen(a) podpisu. Svůj souhlas vyjádřil(a):**

popište způsob:

\_\_\_\_\_  
Jméno, příjmení a podpis svědka

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře