

APLIKACE LÉKU VABYSMO DO SKLIVCOVÉHO PROSTORU (DO NITRA OKA)

Pacient/ka: Narozen/a:
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojistěnce): / Kód ZP:

Bydliště:

Zákonný zástupce: Vztah:
titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)

Narozen/a: Bydliště:
(liší-li se od bydliště pacienta/ky)

Vážená paní, vážený pane,

na základě předchozího vyšetření Vám ošetřující lékař doporučil aplikaci léku VABYSMO (faricimab) do sklivcového prostoru Vašeho pravého levého oka (zaškrtněte prosím).

Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu

Vabysmo se používá k léčbě:

- vlhké formy věkem podmíněné mukulární degenerace (věkem podmíněné poškození sítnice v zadním pólu oka spojené s otokem případně s krvácením sítnice)
- diabetického makulárního otoku (otoku sítnice způsobené poškozením cév sítnice cukrovkou)
- otoku sítnice v souvislosti s uzávěrem kmene sítnicové žíly
- u novotvořených cév při vysoké krátkozrakosti

Tato onemocnění postihují část sítnice v zadní části oka, která je místem nejostřejšího vidění. To vyvolává poruchu vidění, po určité době trvání již nevratnou.

Vabysmo potlačuje růst novotvořených krevních cév, snižuje průnik tekutiny cévní stěnou a tvorbu otoku na sítnici.

Léčba přípravkem Vabysmo je moderní metoda, která nevede k úplnému vyléčení těchto onemocnění, ale zpomalí či zastaví jejich další průběh a v počátečních stádiích může vést i ke zlepšení zrakových funkcí. Vabysmo se podává injekcí do postiženého oka opakovaně zpravidla po dobu 1- 2 let, nejprve jednou měsíčně a dále po 2 - 4 měsících.

Nežádoucí účinky léku

Po aplikaci se mohou vyskytnout příznaky alergické reakce (reakce z přecitlivělosti), případně velmi vzácné celkové krvácivé projevy a tepenné uzávěry.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu/ léčby

Léčba onemocnění zahrnuje úpravu životního stylu, léčbu vysokého tlaku, cukrovky a vitaminovou léčbu. Další možností léčby podle formy a závažnosti onemocnění je laserová léčba (světelný zdroj záření), fotodynamická léčba (ozáření ložiska laserem a současné nitrožilní podání látky citlivé na světlo laseru u některých forem věkem podmíněné degenerace sítnice) a nitrooční aplikace jiných léčivých přípravků, případně kombinace těchto metod.

Příprava k výkonu

Před výkonem upozorníte Vašeho ošetřujícího lékaře, zda trpíte současným, případně déle trvajícím onemocněním nebo užíváte léky na úpravu srážlivosti krve, aby se lékař mohl vyjádřit k Vaší způsobilosti podstoupit tento zákrok. V případě, že jste alergická/ý (přecitlivělá/ý) na některé léky, projevující se vyrážkou, dušností, apod., informujte Vašeho ošetřujícího lékaře. Výkon provádíme ambulantně na operačním sále v místním znecitlivění (anestezii).



Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují.

Nezamířel/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta s omezenou svéprávností) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVÉPRÁVNOSTÍ K VYSLOVENÍ SOUHLASU:

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

- Pacient/ka **je** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
- Pacient/ka **není** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

V Plzni dne: v hodin
podpis pacienta/ky (podpis zákonného zástupce)



Pacient/ka:

Rodné číslo:

Vyplňte v případě, že pacient/ka je způsobilý/á k udělení souhlasu, ale nemůže se s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):

Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:

Náhradní způsob projevu vůle (souhlasu):

kývnutím hlavy gestem: očima jinak:

Svěděk:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresu a datum narození)

Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a souhlas podepsat:

Pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a tento souhlas podepsat.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

.....
podpis

Svěděk:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresu a datum narození)