

**INFORMACJA DLA PACJENTKI/A ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY  
NA ZABIEG OPERACYJNY ZESZYCIA RANY SPOJÓWKI  
LUB OŚWIADCZENIE O BRAKU ZGODY NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU**

1. **Imię nazwisko pacjenta:**.....
2. **PESEL/data urodzenia:**.....
3. **Przedstawiciel ustawy ( jeżeli dotyczy) imię i nazwisko:**.....
4. **Przedstawiciel ustawy PESEL:**.....

**RODZAJ OPERACJI:** Operacyjne zaopatrzenie rany spojówki

**RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI**

Po szczegółowej analizie Pana/Pani przypadku w oparciu o dokumentację medyczną, w związku z rozpoznaniem u Pana/Pani przerwania ciągłości tkanki spojówki wymagające zaopatrzenia chirurgicznego proponujemy operację zeszywania rany.

**PROPONOWANA METODA OPERACJI**

Operacja polega na rewizji rany, oczyszczeniu jej oraz odtworzeniu ciągłości tkanek, przywróceniu w największym możliwym stopniu stosunków anatomicznych oraz funkcji struktur oka.

**WYNIKI LECZENIA / OCZEKIWANE KORZYŚCI:**

Celem zabiegu operacyjnego jest przywrócenie prawidłowej anatomii uszkodzonym strukturom.

**INNE MOŻLIWE ALTERNATYWNE METODY LECZENIA:** leczenie zachowawcze

**DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI, OCZEKIWANE KORZYŚCI**

Po wygojeniu się rany pooperacyjnej może pozostać blizna oraz zniekształcenie pourazowe. W związku z przerwaniem ciągłości tkanek może dojść do zakażenia które mimo leczenia może w skrajnym wypadku doprowadzić do martwicy gałki ocznej z koniecznością usunięcia oka. Dyskomfort, uczucie ciała obcego, zadrażnienie gałki ocznej są typowymi dolegliwościami po zabiegu.

**DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZANIECHANIA OPERACJI:**

Jeżeli nie wyrazi Pan/Pani zgody na proponowany zabieg/ rokowania co do Pana/Pani stanu zdrowia w przyszłości są następujące : większa blizna, zakażenie głębszych struktur, nawet do utraty gałki ocznej, przewlekły dyskomfort, uczucie ciała obcego, łzawienie, ZSO.

**PRZECIWWSKAZANIA DO PRZEPROWADZENIA ZABIEGU**

Przeciwwskazania do przeprowadzenia zabiegu to: brak współpracy pacjenta w trakcie zabiegu – wskazane leczenie w znieczuleniu ogólnym,

**DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI - MOŻLIWE POWIKŁANIA:**

**Częste, mniej groźne**

- Krwawienie, krwawk podspojówkowy.
- Nieszczelność rany pooperacyjnej, rozejście się rany
- Zniekształcenie pooperacyjne spojówki

**Rzadkie, dużo poważniejsze:**

- Keratopatia
- Nadmierna grubość blizny pooperacyjnej,
- Łzawienie, zespół suchego oka, ,
- Uszkodzenie mięśni okołogałkowych,
- Zaburzenie ruchów i ustawienia gałki ocznej
- Stan zapalny rogówki/twardówki/spojówki,
- Reakcja uczuleniowa na leki o różnym stopniu nasilenia,

**NIETYPOWE POWIKŁANIA/RYZYKA DLA DANEGO ZABIEGU:**

urazy powodowane przez brak współpracy pacjenta w trakcie zabiegu

**OPIS ZWIĘKSZONEGO RYZYKA POWIKŁAŃ W ZWIĄZKU ZE STANEM ZDROWIA PACJENTA**

.....  
.....  
**ROKOWANIE**

W medycynie niemożliwe jest udzielenie gwarancji skuteczności zastosowanej terapii.

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanego zabiegu/ operacji jest w Pana/Pani przypadku:  
duże            średnie            ograniczone

**KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA**

Informujemy, że jeśli w toku wykonywania zabiegu operacyjnego wystąpią nieprzewidziane okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia pacjenta, a niemożliwym byłoby niezwłoczne uzyskanie zgody pacjenta (lub jego przedstawiciela ustawowego) na zmianę zakresu zabiegu to lekarz ma prawo zmienić zakres zabiegu w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

**OŚWIADCZENIE PACJENTKI/PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

Niniejszym oświadczam, że w pełni zrozumiałam(em) informacje przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem, która dotyczyła świadomego wyrażenia zgody na w/w zabieg oraz te zawarte niniejszym formularzu.

Oświadczam również, że zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób przystępny i zrozumiały. Po rozmowie z lekarzem oraz zapoznaniu się z treścią tego formularza spełnione zostały wszystkie moje wymagania co do informacji o :

- moim stanie zdrowia i rozpoznaniach,
- celu oraz sposobie wykonania zabiegu
- proponowanych oraz możliwych metodach leczenia ( ewentualnie ich braku)
- spodziewanych efektach zabiegu i wynikach leczenia,
- rokowaniach;
- dających się przewidzieć następstwach wykonania zabiegu;
- dających się przewidzieć następstwach zaniechania wykonania zabiegu ,
- ryzyku zabiegu i możliwych powikłaniach,
- sposobie przygotowania do zabiegu i postępowania po jego wykonaniu,
- zaleceniach i przeciwwskazaniach,

**Biorąc powyższe pod uwagę:**

**WYRAŻAM ZGODĘ** na przeprowadzenie zabiegu: " chirurgiczne zaopatrzenie rany spojówki".

.....  
Data, podpis pacjentki(a)/Przedstawiciela ustawowego

**NIE WYRAŻAM ZGODY** na proponowany zabieg operacyjny. Zostałam poinformowana(y) o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego życia i zdrowia.

.....  
Data, podpis pacjentki(a)/Przedstawiciela ustawowego

Niniejszym oświadczam, że w/w pacjent (ka) / przedstawiciel ustawowy pacjenta (ki) podpisał formularz po rozmowie i zapoznaniu się z treścią informacji zawartych w niniejszym formularzu w mojej obecności.

.....  
**Data, podpis lekarza**