

**INFORMACJA DLA PACJENTKI/PACJENTA ORAZ FORMULARZ  
ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG OPERACYJNEJ KAPSULOTOMII TYLNEJ 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:** Kapsulotomia tylna

**RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI:**

Po szczegółowej analizie Pana/Pani przypadku w oparciu o dokumentację medyczną, w związku z rozpoznaniem u Pana/Pani zmętnienia tylnej torby soczewki i proponujemy zabieg operacyjny jej usunięcia.

**PROPONOWANA METODA LECZENIA:**

YAG kapsulotomia to zabieg laserowy polegający na wytworzeniu otworu w zmętniałej tylnej torebce soczewki. Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym. Znieczulenie ogólne stosowane jest tylko w wyjątkowych sytuacjach (np. u dzieci, osób niewspółpracujących). Zabieg będzie wykonywany zgodnie z dostępną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności. Zabieg operacyjny przeprowadza się po zebraniu wywiadu przedoperacyjnego z pacjentem, przy założeniu pełnej współpracy ze strony pacjenta i jego rodziny, gdy została ona upoważniona do współdziałania i udzielania informacji dotyczących indywidualnych warunków pacjenta. Informacje nieudzielone lekarzowi, a mogące okazać się istotne dla przebiegu zabiegu, wielokrotnie zwiększają ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych. Pacjent przed zabiegiem w znieczuleniu miejscowym powinien wziąć leki, które bierze na stałe, zjeść śniadanie, dbać o dobre nawodnienie, natomiast przed zabiegiem w znieczuleniu ogólnym wskazana jest dieta ścisła 6 godzin przed zabiegiem z wyłączeniem płynów przejrzystych (woda) do 2 godzin przed zabiegiem. Należy bezwzględnie unikać palenia wyrobów tytoniowych oraz spożywania alkoholu. Wskazana dobra kontrola chorób przewlekłych. Przed zabiegiem lekarz przeprowadzi badanie okulistyczne z zakropieniem oka kroplami poszerzającymi źrenicę, co może pogorszyć widzenie na kilka godzin. Przy wyjściu ze szpitala pacjent otrzymuje receptę na leki – należy stosować leki od razu po wyjściu do domu i stosować je zgodnie z zaleceniami na receptę .

**WYNIKI LECZENIA / OCZEKIWANE KORZYŚCI:**

Oczekiwane korzyści z wykonania zabiegu to poprawa ostrości wzroku różnego stopnia oraz poprawę wglądu w dno oka, odczuwania nasycenia barw.

**INNE MOŻLIWE ALTERNATYWNE METODY LECZENIA :** Chirurgiczna kapsulotomia.

**DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI:**

Po zabiegu przewiduje się poprawę ostrości wzroku różnego stopnia oraz poprawę wglądu w dno oka. Może dojść do uszkodzenia sztucznej soczewki tzw. pitting

#### **DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZANIECHANIA OPERACJI:**

W przypadku, gdy nie wyrazi Pan/Pani zgody na proponowany zabieg konsekwencje mogą być następujące: Postępujące zamazywanie obrazu, olśnienie, podwójne widzenie w jednym oku, obniżenie ostrości wzroku różnego stopnia, obniżenie czułości na kontrast, utrudniony wgląd w dno oka

#### **PRZECIWSKAZANIA DO PRZEPROWADZENIA ZABIEGU:**

Przeciwwskazania do przeprowadzenia zabiegu to: aktywne zakażenia w obrębie oka i aparatu ochronnego, ślepota – brak poczucia światła, brak przejerności rogówki/komory przedniej, brak współpracy pacjenta w trakcie zabiegu, prognozowana poprawa widzenia jest relatywnie mała w stosunku do ryzyka operacyjnego.

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

Po zabiegu mogą wystąpić następujące następstwa lub powikłania.

1. **Częste**, mniej groźne:

- Uszkodzenie sztucznej soczewki

2. **Rzadkie**, dużo poważniejsze:

- Przemijający lub długo utrzymujący się wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego
- Zaburzenia ostrości wzroku, torbielowaty obrzęk plamki odwarstwienie siatkówki
- Przesunięcie do tyłu lub podwichnięcie sztucznej soczewki
- Zapalenie wnętrza gałki ocznej
- Erozja nabłonka rogówki, oparzenie rogówki
- Krwotok do komory przedniej
- Obrzęk rogówki

3. **Nietypowe** powikłania danego zabiegu: urazy powodowane przez brak współpracy pacjenta w trakcie zabiegu np. szarpnięcie głową w trakcie używania lasera.

Wymieniono większość następstw i powikłań, które mogą wystąpić ale w medycynie zawsze może dojść do sytuacji jeszcze nieopisywanych w literaturze fachowej, związanych z nietypową anatomią lub nietypową reakcją organizmu pacjenta.

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

.....  
.....  
.....  
.....

#### **ROKOWANIE**

W medycynie niemożliwe jest udzielenie gwarancji skuteczności zastosowanej terapii. Podstawowym celem zabiegu jest poprawa ostrości wzroku. U części pacjentów może dojść do poprawy, u części jednak, pomimo leczenia, ostrość wzroku może się nie poprawić.

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanego zabiegu w Pana/Pani przypadku jest:

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 przeciwskazaniach,

### **Biorąc powyższe pod uwagę:**

**WYRAŻAM ZGODĘ** na przeprowadzenie zabiegu: " kapsulotomia tylna".

.....

Data, podpis pacjentki(a)/Przedstawiciela ustawowego

**NIE WYRAŻAM ZGODY** na proponowany zabieg operacyjny. Zostałem 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