

**INFORMACJA DLA PACJENTKI/A ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA ZABIEG OPERACYJNEGO USUNIĘCIA PRZEPUKLINY OCZODOŁOWEJ
LUB OŚWIADCZENIE O BRAKU ZGODY NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU**

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

RODZAJ OPERACJI: Operacyjne usunięcie przepukliny oczodołowej

RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

Po szczegółowej analizie Pana/Pani przypadku w oparciu o dokumentację medyczną, w związku z rozpoznaniem u Pana/Pani przepukliny oczodołowej proponujemy zabieg operacyjny jej usunięcia. Przepuklina oczodołowa jest to wpuklenie się tkanek oczodołu przez przegrodę oczodołową. Może wystąpić skutek zmian inwolucyjnych przegrody oczodołowej, która z wiekiem staje się cieńsza i mniej wytrzymała, lub na skutek urazu. Może ona powodować defekt kosmetyczny orz być przyczyną zaburzeń ruchomości gałki ocznej, uczucia dyskomfortu, niedomykania szpary powiekowej.

PROPONOWANA METODA OPERACJI

Operacja polega na: nacięciu spojówki gałkowej i torebki Tenona, odpreparowaniu i wycięciu wpuklającej się tkanki oraz plastyce rany pooperacyjnej i zeszcyciu jej szwami. 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. Operację przeprowadza się w pozycji leżącej, przy założeniu pełnej współpracy w trakcie zabiegu. 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.

WYNIKI LECZENIA / OCZEKIWANE KORZYŚCI:

Oczekiwane korzyści z wykonania zabiegu to usunięcie wpuklającej się tkanki oraz jej diagnostyka.

INNE MOŻLIWE ALTERNATYWNE METODY LECZENIA: Nie ma alternatywnych sposobów usunięcia przepukliny oczodołowej.

DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI, OCZEKIWANE KORZYŚCI

Po zabiegu przewidywane jest usunięcie przepukliny oczodołowej oraz powrót do prawidłowych stosunków anatomicznych w oczodole. W niektórych przypadkach może dojść do odnowienia się zmiany, co będzie skutkować nawrotem dolegliwości i koniecznością reoperacji.

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 : progresja zmiany

PRZECIWSKAZANIA DO PRZEPROWADZENIA ZABIEGU

Przeciwwskazania do przeprowadzenia zabiegu to: aktywne zakażenia w obrębie oka i aparatu ochronnego, brak współpracy pacjenta w trakcie zabiegu – wskazane leczenie w znieczuleniu ogólnym.

DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI - MOŻLIWE POWIKŁANIA:

Częste, mniej groźne

Krwiak, obrzęk powiek, obrzęk spojówki, wylew podspojówkowy

Rzadkie, dużo poważniejsze:

- Krwotok do oczodołu, spadek/utrata widzenia
- Obniżenie gałki ocznej/wzrost objawów retrakcji powieki górnej
- Spadek czucia skórniego okolicy gałki ocznej
- Spadek ruchomości gałki ocznej, zaburzenia ruchomości i ustawienia gałki ocznej
- Uszkodzenie mięśni okołogałkowych
- Podwinięcie powieki dolnej
- Keratopatia porażenna
- Zmiany żreniczne, zmętnienie rogówki, erozja nabłonka rogówki
- Krwotok do ciała szklistego, odwarstwienie siatkówki
- Zespół suchego oka, łzawienie
- Wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego
- Infekcja w obrębie rany pooperacyjnej
- Nadmierna grubość blizny, podrażnienie przez szwy, rozejście się rany pooperacyjnej
- Stan zapalny rogówki/twardówki i 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: " operacyjnego usunięcia przepukliny oczodołowej".

.....
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