

INFORMACJA DLA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO ORAZ FORMULARZ  
ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE U DZIECKA

1. IMIĘ NAZWISKO DZIECKA.....

2. PESEL .....

3. RODZAJ BADANIA: Badanie okulistyczne w znieczuleniu ogólnym

4. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO BADANIA:

Zgłaszane przez Pana/nią objawy mogą sugerować istnienie schorzenia okulistycznego u dziecka. W celu pełnej diagnostyki i potwierdzenia lub wykluczenia schorzenia należy wykonać możliwie pełne badanie okulistyczne. Ze względu na brak współpracy ze strony Pacjenta, najczęściej ze względu na wiek lub współistnienie innych schorzeń, badanie najlepiej jest przeprowadzić w znieczuleniu ogólnym.

5. BADANIE POLEGA NA pełnej sedacji Pacjenta, następnie przeprowadzeniu szeregu możliwych do wykonania badań okulistycznych, obejmujących w zależności od wskazań i możliwości: ocenę przedniego odcinka oka w mikroskopie, pomiar wielkości rogówki, pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego, ocena refleksu z dna oka, ocena dna oka przy użyciu wziernika bezpośredniego, wykonanie USG gałki ocznej. Niemożliwym jest określenie ostrości wzroku. Badanie ostrości wzroku jest badaniem subiektywnym, wymagającym współpracy oraz przytomności ze strony Pacjenta, co jest niemożliwe do uzyskania podczas przeprowadzenia badania w znieczuleniu ogólnym.

6. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Możliwe powikłania są związane głównie z zastosowaniem znieczulenia ogólnego. Powikłania znieczulenia ogólnego można podzielić na częste, takie jak: ból głowy, zawroty, ból gardła, chrypka (powikłania po intubacji), reakcje uczuleniowe oraz nudności i wymioty pooperacyjne. Ciężkie powikłania znieczulenia ogólnego zdarzają się obecnie bardzo rzadko. Wśród nich wymienić można poważne uszkodzenie krtani, zachłyśnięcie się kwaśną treścią żołądkową, prowadzące do ciężkiego zapalenia płuc, zaburzenia sercowo-naczyniowe, powikłania oddechowe, niedotlenienie, zgon. Niezwykle rzadko występuje hipertermia złośliwa.

7. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani/n zapytała/ł nas o wszystko co chciałaby Pani/n wiedzieć w związku z planowanym badaniem u dziecka. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego badania oraz wszelkie oczekiwane przez Panią /a wyjaśnienia można uzyskać u każdego lekarza zatrudnionego w naszym Oddziale. Chętnie odpowiemy na wszystkie pytania.

8. ZASTRZEŻENIA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO CO DO  
PROPONOWANEGO BADANIA

.....

9. OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

W pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy w lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem .....spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- wskazań do badania
- sposobu wykonania badania

Znane mi są możliwe powikłania u dziecka związane z tym badaniem.

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami)  
zgadzam się na przeprowadzenie u dziecka badania okulistycznego w  
znieczuleniu ogólnym.

data podpis lekarza

data podpis przedstawiciela ustawowego

.....

.....

Nie zgadzam się na proponowane badanie.

Zostałam poinformowana/y o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

data podpis lekarza

data podpis przedstawiciela ustawowego

.....

.....

Podpisanie formularza przez pacjentkę/a jest niemożliwe z powodu

.....

data podpis lekarza