

**INFORMACJA DLA PACJENTKI/A ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY  
NA ZABIEG CYKLOKRIOTERAPII**

**1. IMIĘ NAZWISKO** .....

**2. PESEL** .....

**3. RODZAJ ZABIEGU: Cyklokrioterapia**

**4. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO ZABIEGU**

Procedura jest użyteczna we wszystkich typach jaskry. Cel stanowi obniżenie wydzielania cieczy wodnistej i normalizacja ciśnienia wewnątrzgałkowego.

**5. PROPONOWANA METODA ZABIEGU:**

Zabieg polega na zniszczeniu ciała rzęskowego poprzez zamrożenie ciała rzęskowego ciekłym azotem o temperaturze -60 do -80 stopni Celsjusza.

Alternatywne metody leczenia : endoskopowa cyklofotokoagulacja, cyklofotokoagulacja przeztwardówkowa, ultradźwiękowa plastyka ciała rzęskowego, mikropulsowa przeztwardówkowa cyklofotokoagulacja, pozagałkowa iniekcja alkoholu

**6. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU**

Cel stanowi obniżenie wydzielania cieczy wodnistej i normalizacja ciśnienia wewnątrzgałkowego oraz ustanie bólu gałki ocznej.

Mimo początkowej stabilizacji ciśnienia wewnątrzgałkowego/ zmniejszenia dolegliwości bólowych z czasem może dojść do ponownego wzrostu ciśnienia i konieczności leczenia zachowawczego oraz wykonania ponownych zabiegów operacyjnych.

**7. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ:**

- odczyn zapalny błony naczyniowej, zapalenie wnętrza gałki naczyniowej
- wzrost ciśnienia śródgałkowego
- ból, dyskomfort, omdlenie
- hipotonia , przewlekła hipotonia
- krwawienie podnaczyniówkowe / wewnątrzgałkowe
- zaćma, przekrwienie
- odłączenie ciała rzęskowego i naczyńki
- garbiak twardówki
- martwica przedniego odcinka, zanik gałki ocznej, utrata widzenia
- torbielowaty obrzęk plamki
- krwotok
- odwarstwienie siatkówki
- zapalenie współczulne
- uszkodzenie tętnic rzęskowych tylnych długich
- reakcja uczuleniowa na leki o różnym stopniu nasilenia

**8. ROKOWANIE**

W medycynie niemożliwe jest udzielenie gwarancji skuteczności zastosowanej terapii.

Jeżeli nie wyrazi Pani/n zgody na proponowany zabieg rokowanie co do Pani/na stanu zdrowia w przyszłości jest następujące: utrzymujące się wysokie ciśnienie wewnątrzgałkowe/ślepotą/ bolesność gałki ocznej.

**9. ROZMOWA Z LEKARZEM**

Prosimy, aby Pani/n zapytała nas o wszystko co chciałaby Pani/n wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego

leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Panią/a wyjaśnienia można uzyskać u każdego lekarza zatrudnionego w naszym Ośrodku  
Chętnie odpowiemy na wszystkie pytania.

## **10. ZASTRZEŻENIA PACJENTKI/A CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA**

.....

## **11. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA**

W czasie zabiegu możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanego zabiegu. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność.

Przy braku Pani/a zgody zabieg musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani/a zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

## **12. OŚWIADCZENIE PACJENTKI/A**

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:

- rozpoznanie
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
- wyników leczenia
- rokowania
- ewentualnego leczenia pozabiegowego

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem

### **Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami)**

### **zgadzam się na przeprowadzenie u mnie zabiegu cyklokrioterapii**

**oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia**, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania zabiegu w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia

*data podpis lekarza*

*podpis pacjentki/a albo uprawnionego opiekuna*

.....

.....

### **Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg**

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

*data podpis lekarza*

*podpis pacjentki/a albo uprawnionego opiekuna*

.....

.....

*Podpisanie formularza przez pacjentkę/a jest niemożliwe z powodu*

.....

*data podpis lekarza*