

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

1. IMIĘ NAZWISKO

2. PESEL

3. RODZAJ OPERACJI: enukleacja gałki ocznej

4. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

Usunięcie gałki ocznej może być wskazane w przypadku ślepego, bolesnego oka, stanu po ciężkim urazie gałki ocznej oraz ze względów kosmetycznych, a także w przypadku guza gałki ocznej.

5. PROPONOWANA METODA OPERACJI:

Operacja polega na: usunięciu gałki ocznej wraz z częścią nerwu wzrokowego

Alternatywne metody : w zależności od indywidualnych wskazań u pacjenta enukleacja gałki ocznej z jednoczesnym wszyciem protezy / ewisceracja/ podanie alkoholu pozagałkowo

6. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

Usunięcie w całości gałki ocznej, uzyskanie oczodołu pokrytego spojówką.

7. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ:

- Obrzęk, zaczerwienienie, stan zapalny
- Krwiak, krwawienie
- Bolesność tkanek oczodołu
- Pogłębienie bruzdy powieki górnej
- Zbliznowacenie i spłylenie załamek
- Odślonięcie i wypadanie implantu, problem z dopasowaniem implantu
- Zbliznowacenie oczodołu
- Odwijanie/podwijanie powiek, niedomykalność szpary powiekowej
- Opadanie powiek, uniesienie powiek
- Powikłania śródoperacyjne znieczulenia ogólnego
- Asymetria twarzy
- Rozejście rany pooperacyjnej
- Zakażenie tkanek, pojawienie się cyst/ guzków zapalnych oczodołu
- Zrośnięcie się tkanek w załamek worka spojówkowego
- Zapalenie spojówek
- 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 stan kliniczny może nie ulec poprawie/ może ulec pogorszeniu, może dojść do nasilenia dolegliwości bólowych lub zaniku 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 Oddziale.

Chętnie odpowiemy na wszystkie pytania.

10. ZASTRZEŻENIA PACJENTKI/A CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA OPERACYJNEGO

.....

11. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność. Przy braku Pani/a zgody zabieg operacyjny 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:

- rozpoznania
 - proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych
 - dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
 - wyników leczenia operacyjnego
 - rokowania
 - ewentualnego leczenia pooperacyjnego
- Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami)
zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu operacyjnego enukleacji gałki ocznej

oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji 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 operacyjny.

Zostałam/em 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