

**INFORMACJA DLA PACJENTKI/A ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA ZABIEG WSZCZEPIENIA IMPLANTU DRENUJĄCEGO**

1. IMIĘ NAZWISKO

2. PESEL

3. RODZAJ OPERACJI: wszczepienie implantu drenującego (m. in. zastawki Ahmeda)

4. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

Wszczepienie sztucznej przetoki filtrującej zarezerwowane jest dla pacjentów z ciężką postacią jaskry, u których konwencjonalny zabieg filtracyjny nie dał zadowalających efektów, ma małe szanse powodzenia lub jest szczególnie narażony na powikłania.

5. PROPONOWANA METODA OPERACJI:

Operacja polega na wszczepieniu silikonowej rurki połączonej z silikonową zastawką umieszczoną w polipropylenowym korpusie, która umożliwi przepływ cieczy wodnistej do potencjalnej przestrzeni podspojówkowej w obszarze części drenującej.

Alternatywne metody operacji : inne techniki operacyjne w zależności od wskazań medycznych/ sytuacji klinicznej u danego pacjenta

6. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

Po operacji przewiduje się wytworzenie alternatywnej drogi odpływu cieczy wodnistej prowadząc do spadku ciśnienia wewnątrzgałkowego i lepszej kontroli jaskry.

Po operacji może również wystąpić zasinienie i obrzęk powiek, wylew podspojówkowy, zadrażnienie gałki ocznej, uczucie ciała obcego w oku.

7. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ:

- Kontakt rurki z rogówką i dekompensacja rogówki, utrata komórek śródbłonna
- Przejściowy wzrost IOP
- Płytką przednia komora i hipotonia
- Nadmierna filtracja
- Nieszczelność rany pooperacyjnej
- Zatkanie się rurki, przemieszczenie rurki, przebicie rurki przez spojówkę
- Defekt zastawki
- Wystawianie rurki/płytki implantu
- Erozja spojówki pokrywającej implant, erozja twardówki
- Odłączenie naczyniówki, zapalenie błony naczyniowej
- Zakażenie gałki ocznej, pęcherzyka filtracyjnego
- Makulopatia, odwarstwienie siatkówki,
- Krwawienie do ciała szklonego, krawienie do komory przedniej
- Uszkodzenie mięśni zewnątrzgałkowych, dwojenie
- Progresa zaćmy
- Ślepotą, zanik gałki ocznej
- Odslonięcie rurki/implantu
- Reakcja uczuleniowa na leki o różnym stopniu nasilenia

8. ROKOWANIE

W medycynie niemożliwe jest udzielenie gwarancji skuteczności zastosowanej terapii.

Wyniki zależą od wielu czynników : rodzaju jaskry, stopnia zaawansowania jaskry, techniki chirurgicznej, stosowania się do zaleceń pooperacyjnych, wieku pacjenta oraz jego chorób ogólnoustrojowych. Mimo początkowego spadku ciśnienia wewnątrzgałkowego i braku konieczności stosowania leków obniżających IOP z czasem może dojść do ponownego wzrostu ciśnienia i konieczności leczenia farmakologicznego/laserowego/operacyjnego.

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 lekarzemspełnione 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 zabiegu wszczepienia implantu drenującego

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