

**INFORMACJA DLA PACJENTKI/A ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG INIEKCJI
DOSZKLISTKOWEJ LEKU ANTY-VEGF**

1. IMIĘ NAZWISKO

2. PESEL

3. RODZAJ OPERACJI

Iniekcja doszkliskowa leku anti-VEGF : EYLEA / LUSCENTIS

4. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

Leki anti-VEGF mają na celu wiązanie i unieczynnianie czynnika wzrostu VEGF odpowiedzialnego za proces nowotworzenia naczyń krwionośnych i formowania błon neowaskularnych powstających w przebiegu chorób siatkówki. Celem iniekcji jest zapobieganie dalszemu pogarszaniu się ostrości wzroku, zmniejszenie obrzęku siatkówki i łagodzenie części objawów występujących u pacjenta. Na rokowanie duży wpływ mają wielkość i położenie błony neowaskularnej oraz jej budowa (lepiej reagują na leczenie wczesne fazy choroby). Bardzo istotne jest wczesne wdrożenie leczenia i właściwa kontynuacja terapii, wymagająca zwykle powtórnych iniekcji doszkliskowych celem właściwej kontroli choroby.

5. PROPONOWANA METODA OPERACJI

Operacja polega na podaniu do ciała szklistego, znajdującego się wewnątrz gałki ocznej, substancji czynnej hamującej powstawanie patologicznych naczyń krwionośnych. Zabieg przeprowadza się w znieczuleniu miejscowym, w warunkach sterylnych, w pozycji leżącej.

Alternatywne metody: brak jest możliwości leczenia zachowawczego.

6. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

Podstawowym celem zabiegu jest zahamowanie postępu choroby i pogarszania się ostrości wzroku. U części pacjentów może dojść do poprawy widzenia. U części jednak, pomimo leczenia, choroba może nadal postępować.

Uczucie ciała obcego, zadrażnienie gałki ocznej, nieznaczne pogorszenie ostrości widzenia, wylew podspojówkowy są dolegliwościami typowymi po zabiegu.

7. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

- przejściowy wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego
- uszkodzenie soczewki naturalnej, decentracja soczewki sztucznej
- zaćma
- krwotok do ciała szklistego, krwiak spojówki
- przedarcie siatkówki, odwarstwienie siatkówki, krwawienie śródsiatkówkowe, pęknięcie nabłonka barwnikowego siatkówki
- odłączenie naczyniówki
- erozja rogówki
- pogorszenie widzenia, do całkowitej ślepoty
- stan zapalny błony naczyniowej, zapalenie śródgałkowe, konieczność usunięcia gałki ocznej
- reakcja uczuleniowa na leki o różnym stopniu nasilenia
- immunogenność leku
- podanie leku anti-VEGF potencjalnie może nieznacznie zwiększać ryzyko zatorowości / zakrzepicy naczyń

8. ROKOWANIE

W medycynie niemożliwe jest udzielenie gwarancji skuteczności zastosowanej terapii. Podstawowym celem zabiegu jest zahamowanie postępu choroby i pogarszania się ostrości wzroku. U części pacjentów może dojść do poprawy widzenia. U części jednak, pomimo leczenia, choroba może nadal postępować.

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 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 zabiegu iniekcji doszkliskowej leku anti-VEGF 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