

**INFORMACJA DLA PACJENTKI/A ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY  
NA INIEKCJĘ PODSPOJÓWKOWĄ**

**1. IMIĘ NAZWISKO** .....

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

**3. RODZAJ ZABIEGU:** Iniekcja podspojówkowa leku...

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

W niektórych schorzeniach okulistycznych istnieje możliwość podania leku pod spojówkę, aby umożliwić lepszą penetrację substancji czynnej w głąb tkanek oraz uzyskanie wyższych stężeń leku w płynie komorowym. Metoda ta jest stosowana m.in. w leczeniu zapalenia przedniego odcinka błony naczyniowej.

**5. PROPONOWANA METODA ZABIEGU:**

Zabieg polega na wykonaniu iniekcji pod spojówkę i wprowadzeniu leku w przestrzeń podspojówkową. Wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym.

Alternatywne metody leczenia: miejscowe stosowanie leków w kroplach.

**6. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU:**

Po zabiegu oczekiwanym efektem jest poprawa stanu miejscowego. Jednak w niektórych przypadkach poprawa może być niesatysfakcjonująca, skutkująca koniecznością powtórzenia iniekcji lub nie nastąpić wcale.

Dyskomfort, uczucie ciała obcego, zadrażnienie gałki ocznej, niewielkie krwawienie i krwiak podspojówkowy są typowymi dolegliwościami po zabiegu.

**7. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ**

- zakażenie
- nadmierne krwawienie
- krwawienie do komory przedniej i ciała szklistego
- rozerwanie spojówki i konieczność chirurgicznego zaopatrzenia rany
- rana twardówki, perforacja gałki ocznej
- rana rogówki, perforacja rogówki
- zapalenie błony naczyniowej
- uczulenie na leki o różnym stopniu nasilenia
- nadmierna grubość blizny

**8. ROKOWANIE**

*W medycynie niemożliwe jest udzielenie gwarancji skuteczności zastosowanej terapii*

Jeżeli nie wyrazi Pani/n zgody na proponowany zabieg przewiduje się brak poprawy lub pogorszenie stanu miejscowego, mogące prowadzić do znacznego pogorszenia ostrości widzenia i ślepoty.

**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 podspojówkowej** 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 lekarz*