

INFORMACJA DLA PACJENTKI/A ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG

LASEROTERAPIA SIATKÓWKI

1 **IMIĘ NAZWISKO**

2 **PESEL**

3 **RODZAJ ZABIEGU:** Laseroterapia siatkówki

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

Główne wskazania do zastosowania laseroterapii siatkówki to retinopatia cukrzycowa, cukrzycowy obrzęk plamki, terapia zmian zakrzepowych żył siatkówki, zmian degeneracyjnych w obwodowych częściach siatkówki, zabezpieczenie przedarć/otworów w siatkówce oraz zmian pourazowych siatkówki

5 **PROPONOWANA METODA ZABIEGU**

Laseroterapia siatkówki wykorzystuje właściwości koagulujące skutkujące powstaniem trwałych zrostów siatkówki i nabłonka barwnikowego oraz naczyńówki.

Alterantywne metody leczenia : brak

6 **DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI**

Wykonanie zabiegu nie daje gwarancji poprawy widzenia. Jego głównym celem jest powstrzymanie postępu choroby.

7 **MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ**

- Dyskomort, przejściowy światłowstręt
- Krwawienie, krwiak podspojówkowy
- Przejściowe obniżenie ostrości wzroku, trwałe obniże ostrości wzroku, powstanie ubytków pola widzenia
- Torbielowaty obrzęk plamki
- Obrzęk powieki górnej i dolnej, przekrwienie spojówki gałkowej lub powiekowej
- Erozja rogówki, miejscowe oparzenie rogówki, obrzęk rogówki, pęknięcie błony Descementa
- Wzrost ciśnienia śródgałkowego, zmętnienie soczewki, jaskra złośliwa
- Oparzenie tęczówki, odczyn zapalny ze strony tęczówki
- Wylew krwi do ciała szklistego, odwarstwienie siatkówki
- Pęknięcie błony Brucha
- Powstanie błony przedsiatkówkowej

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:

progresja choroby skutkująca pogorszeniem widzenia do utraty widzenia włącznie.

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 laserowego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowane metody leczenia. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność. Przy braku Pani/a zgody zabieg laserowy musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani/a zdrowia.

12. OŚWIADCZENIE PACJENTKI/A

W pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z 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
- rokowania
- ewentualnego leczenia pozabiegowego

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem laserowym.

**Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami)
zgadzam się na przeprowadzenie u mnie laseroterapii siatkówki**

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 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