

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

1. IMIĘ NAZWISKO

2. PESEL

3. RODZAJ OPERACJI: operacja naszycia owodni

4. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

Błona owodniowa jest biologicznym opatrunkiem stosowanym przy schorzeniach oraz urazach rogówki i spojówki. Ma zastosowanie przy owrzodzeniu rogówki, perforacji rogówki, nawracających ubytkach nabłonka rogówki, oparzeniach chemicznych i termicznych, urazach gałki ocznej, niewydolności rąbka, descementolocale, oraz w stanach po usunięciu guza spojówki lub skrzydlika.

5. PROPONOWANA METODA OPERACJI:

Operacja polega na naszyciu na rogówkę błony owodniowej.

Alternatywne metody : w zależności od indywidualnych wskazań u pacjenta leczenie zachowawcze, soczewki kontaktowe terapeutyczne, przeszczep rogówki, usunięcie gałki ocznej.

6. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

Po operacji przewidywana jest stymulacja nabłonkowania zniszczonej rogówki, tłumienie odpowiedzi zapalnej, neowaskularyzacji oraz bliznowacenia, prowadzące do poprawy stanu rogówki, zmniejszenia dolegliwości bólowych oraz światłowstrętu.

Jednak pomimo leczenia, u części pacjentów może dojść do braku poprawy lub pogorszenia stanu miejscowego oraz progresji choroby. Po operacji nie można również wykluczyć nawrotu schorzenia.

7. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ:

- perforacja gałki ocznej, zakażenie gałki ocznej
- rozejście się rany pooperacyjnej, podrażnienie przez szwy
- zaburzenie ruchów i ustawienia gałki ocznej
- zapalenie rogówki/twardówki/spojówki/ naczyń
- martwica rozplywna rogówki
- długoterminowe skutki wykonanej czynności z całkowitą, nieodwracalną utratą widzenia łącznie
- zmętnienie rogówki, pogorszenie widzenia
- łzawienie, blizny rogówki, zakażenie rany/ zakażenie gałki ocznej
- reakcja uczuleniowa na leki o różnym stopniu nasilenia
- zsunięcie się owodni
- zbyt szybkie wchłanianie się owodni
- brak efektu leczniczego

8. ROKOWANIE

W medycynie niemożliwe jest udzielenie gwarancji skuteczności zastosowanej terapii.

Jeżeli nie wyrazi Pan/i zgody na proponowany zabieg, brak leczenia może skutkować nasileniem dolegliwości, bielmem rogówki, perforacją gałki ocznej, zakażeniem gałki ocznej, zanikiem gałki ocznej lub koniecznością enukleacji 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 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 operacyjnego naszyca owodni 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