

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

1. IMIĘ NAZWISKO

2. PESEL

3. RODZAJ OPERACJI: rewizja przetoki trabekulektomijnej - needling

4. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań stwierdzono u Pani/a następujące wskazania do operacji: niewydolność poduszki filtracyjnej

5. PROPONOWANA METODA OPERACJI:

Operacja polega na: nakłuciu poduszki filtracyjnej za pomocą igły , udrożnieniu przetoki trabekulektomijnej, przywróceniu odpływu cieczy wodnistej pod spojówkę

Alternatywne metody leczenia : wykonanie kolejnego zabiegu przeciwjaskrowego

6. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

Uzyskanie drożności przetoki trabekulektomijnej oraz uzyskanie prawidłowego pęcherzyka filtracyjnego. Procedura może być powtarzana w związku z nawrotem niedrożności przetoki.

Mimo początkowej stabilizacji ciśnienia wewnątrzgałkowego z czasem może dojść do ponownego wzrostu ciśnienia i konieczności leczenia zachowawczego oraz wykonania ponownych zabiegów operacyjnych.

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

7. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ:

- hipotonia,
- płytką/zniesiona komora przednia,
- nieprawidłowa droga odpływu cieczy wodnistej,
- krew w komorze przedniej,
- rozwój lub postępowanie zaćmy,
- przejściowy wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego,
- torbielowaty obrzęk płamki, makulopatia spowodowana hipotonią,
- odłączenie naczyniówki i krwotok nadnaczyniówkowy,
- przetrwałe zapalenie błony naczyniowej,
- utrata widzenia,
- przeciek/zarośnięcie poduszki filtracyjnej, ponowny trwały wzrost ciśnienia, wewnątrzgałkowego, przesunięcie poduszki,
- objawy subiektywne związane z poduszką,
- zapalenie poduszki filtracyjnej, zakażenie poduszki i wnętrza gałki ocznej,
- krwotok nadtwardówkowy.
- reakcja uczuleniowa na leki o różnym stopniu nasilenia

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: brak funkcjonowania poduszki filtracyjnej, utrzymujące się wysokie wartości ciśnienia wewnątrzgałkowego mogące doprowadzić do 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 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 lekarzem.....

spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznanie
- 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 następującego zabiegu operacyjnego *rewizja przetoki trabekulektomijnej*

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 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