

**INFORMACJA DLA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DZIECKA ORAZ
FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG OPERACYJNY**

1. IMIĘ NAZWISKO DZIECKA.....

2. PESEL

3. RODZAJ OPERACJI: chirurgiczna korekcja ustawienia gałek ocznych

4. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

Zez to nierównoległe ustawienie gałek ocznych. Może być ukryty, jawny towarzyszący, porażenny. Odchylenie może być zbieżne, rozbieżne, pionowe, skośne. Kąt odchylenia oka może być stały lub zmienny.

Przyczyny dzielimy na : sensoryczne – zmiany chorobowe oka i dróg wzrokowych oraz wady refrakcji, motoryczne – zmiany w mięśniach, ich unerwieniu lub w oczodole oraz ośrodkowe – urazy psychiczne, okołoporodowe czy nadmierne pobudzenie ośrodkowego układu nerwowego oraz dziedziczne. Często musi współistnieć kilka przyczyn, które razem doprowadzają do powstania zezu.

5. PROPONOWANA METODA OPERACJI

Zabieg przeprowadza się na sali operacyjnej w znieczuleniu ogólnym. Zależnie od wcześniejszej kwalifikacji stosuje się wzmocnienie mięśnia zewnątrzgałkowego (najczęściej skrócenie lub przesunięcie ku przodowi) lub osłabienie przeciwnego mięśnia (cofnięcie w stosunku do przyczepu fizjologicznego, częściowe nacięcie lub zastosowanie szwów fiksujących tylnych). Zabieg jednocześnie można wykonać na 1-3 mięśni. Na rany spojówki zakłada się szwy wchłaniające, podaje antybiotyki miejscowo.

Alternatywne metody leczenia: leczenie zachowawcze przy zastosowaniu korekcji pryzmatycznej.

6. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

Leczenie chirurgiczne jest przeprowadzane w celu poprawy ustawienia oczu, przywrócenia widzenia obuocznego (u małych dzieci), zniesienie dwojenia i estetyki wyglądu pacjenta. Chirurg nie może zagwarantować równoległego ustawienia oczu.

Po zabiegu istnieje nadal potrzeba używania okularów, tak jak przed operacją korekcji zezu.

Po operacji może zmienić się wada wzroku i pojawić astygmatyzm.

7. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

- śródoperacyjne powikłania występują rzadko: odruch oczno-sercowy ze zwolnieniem akcji serca, ryzyko perforacji twardówki – częściej przy wysokiej krótkowzroczności, cienkiej twardówce, po uprzednich operacjach na gałce ocznej), uczulenie na leki o różnym stopniu nasilenia (leki znieczulające, antybiotyki) lub na zastosowane do zabiegu nici chirurgiczne
- pooperacyjne: torbiel spojówki, ziarniniak podspojówkowy wymagający dodatkowego leczenia przeciwalergicznego, blizny, zwłóknienia
- zakażenie (niewłaściwa higiena operowanego oka w dniach pooperacyjnych)
- sporadycznie - ześlizgnięcie mięśnia. Występuje od 24 godzin do 2-3 tygodni po operacji i wymaga reoperacji
- utrata przyczepności mięśnia do gałki – porażenie ruchomości oka w zakresie działania mięśnia
- dwojenie po zabiegu zezu występuje rzadko (ok. 3%) i dotyczy głównie starszych dzieci i dorosłych. Czas trwania (kilka dni do tygodni) zależy od zdolności chorego do tłumienia drugiego obrazu lub niezwracania na niego uwagi. Przy przedłużającym się dwojeniu stosuje się szkła pryzmatyczne.
- nadkorekcja ustawienia gałki ocznej (ok. 5% operowanych). W przypadku niedowidzenia częściej wynik operacji może być nadmierny lub przeciwnie zabieg jest nieskuteczny i zez powraca
- niedokorekcja ustawienia gałki ocznej, niesatysfakcjonujące wyrównanie kąta zezu
- zmiana zezu zbieżnego w rozbieżny i odwrotnie
- niedokrwienie przedniego odcinka oka – głównie u osób w starszym wieku, po operacji na 2-3 mięśniach lub obciążonych chorobami naczyńnymi np. nadciśnienie tętnicze, cukrzyca. Ryzyko jest mniejsze przy operacji na jednym mięśniu jednocześnie – wymaga rozłożenia procedury operacyjnej w czasie.

8. ROKOWANIE

W medycynie niemożliwe jest udzielenie gwarancji skuteczności zastosowanej terapii.

Jeżeli nie wyrazi Pani/n zgody na proponowany zabieg rokowanie co do stanu zdrowia dziecka w przyszłości

jest następujące: utrzymanie bądź pogłębienie nieprawidłowego ustawienia gałek ocznych, brak widzenia obuocznego, dwojenie.

9. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani/n zapytała nas o wszystko co chciałaby Pani/n wiedzieć w związku z planowanym leczeniem dziecka. 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 OPIEKUNA CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA OPERACYJNEGO DZIECKA

.....
.....
.....

11. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA

W czasie zabiegu operacyjnego u dziecka 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 u dziecka musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla zdrowia dziecka. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

12. OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DZIECKA

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 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 dziecka chirurgicznej korekcji ustawienia gałek ocznych 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

data podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

.....

.....

Nie zgadzam się na proponowany zabieg operacyjny u dziecka.

Zostałam/em poinformowana/y o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla zdrowia i życia dziecka.

data podpis lekarza

data podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

.....

.....

Podpisanie formularza przez przedstawiciela ustawowego dziecka jest niemożliwe z powodu

.....