

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

1. IMIĘ NAZWISKO

2. PESEL

3. RODZAJ OPERACJI: operacyjne usunięcie gradówki

4. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań stwierdzono następujące wskazania do operacji: gradówka

5. PROPONOWANA METODA OPERACJI

Operacja polega na nacięciu zmiany, a następnie usunięciu zawartości oraz wyłyżeczkowaniu łoży po gradówce wraz z jej torebką, ew. wycięciu części tarczki zajętej zapalnie. Usunięcie gradówki najczęściej nie wymaga zakładania szwów pooperacyjnych.

Alternatywne metody leczenia : iniekcje steroidów, leczenie zachowawcze

6. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

Po operacji przewiduje się ustąpienie bólu i innych dolegliwości związanych z gradówką. Nawrót gradówki jest możliwy – zabieg usuwa efekt a nie przyczynę schorzenia.

Krwiak powiek, mierny obrzęk, umiarkowany świąd skóry w trakcie gojenia, blizna – są typowe po zabiegu.

7. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

- Krwawienie, krwiak podspojówkowy
- Infekcja w obrębie rany pooperacyjnej powieki
- Zniekształcenie krawędzi powieki
- Zaburzenia filmu łzowego
- Zniekształcenie pooperacyjne powieki, problem z gojeniem się rany
- Nadmierna grubość blizny, bliznowiec
- Reakcja uczuleniowa na leki o różnym stopniu nasilenia
- Zespół suchego oka
- Przebarwienia skóry powieki
- Przeczulica rzęs
- Zmniejszona lub zwiększona wrażliwość czuciowa

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 w przyszłości jest następujące:

progresja zmiany miejscowej, samoistna perforacja gradówki przez skórę lub spojówkę, zwłóknienie zmiany, zniekształcenie powieki, ucisk na rogówkę powodujący astygmatyzm, trwałe zaburzenia widzenia.

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 wyjaśnienia można uzyskać u każdego lekarza zatrudnionego w naszym Ośrodku. Chętnie odpowiemy na wszystkie pytania.

**10. ZASTRZEŻENIA PACJENTA/ OPIEKUNA CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA
OPERACYJNEGO DZIECKA**

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

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 zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

12. OŚWIADCZENIE

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 następującego zabiegu operacyjnego

usunięcia gradówki 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 pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

.....

.....

Nie zgadzam się na proponowany zabieg operacyjny.

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

data podpis lekarza

data podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

.....

.....

Podpisanie formularza jest niemożliwe z powodu

.....

data podpis lekarza