

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

1. IMIĘ NAZWISKO PACJENTA/ DZIECKA.....

2. PESEL

3. RODZAJ OPERACJI: sondowanie i płukanie dróg łzowych

4. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań stwierdzono następujące wskazania do operacji: niedrożność dróg łzowych

Brak drożności dróg łzowych i związana z tym blokada w odpływie łez powoduje takie objawy jak : zaleganie łez, mokre, posklejane rzęsy, obecność wydzieliny w worku spojówkowym (początkowo śluzowej, potem śluzowo-ropnej czy ropnej), zaleganie patologicznej treści w woreczku łzowym.

5. PROPONOWANA METODA OPERACJI

Operacja polega na wprowadzeniu sondy Bowmana przez kanalik górny lub dolny do kanału nosowo-łzowego i przerwaniu błony blokującej kanał łzowy oraz płukaniu dróg łzowych.

Alternatywne metody leczenia : w zależności od indywidualnych wskazań u pacjenta możliwa może być : plastyka balonowa dróg łzowych, stentowanie dróg łzowych, zespolenie workowo – łzowe, metoda mikroendoskopii laserowej, a także leczenie zachowawcze – masaż.

6. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

Po operacji przewiduje się uzyskanie drożności dróg łzowych, ustąpienie łzawienia i ropienia oka.

Istnieje ryzyko niepowodzenia udrożnienia oraz konieczność wykonania reoperacji. Może dojść również do nawrotu niedrożności oraz konieczności ponownej interwencji chirurgicznej.

7. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

- Uszkodzenie dróg łzowych
- Utworzenie mechanicznie nieprawidłowego połączenia
- Uszkodzenia nabłonka kanalika łzowego
- Zachłyśnięcie
- Krwawienie z nosa, krwiak podskórny, obrzęk powieki
- Zakażenie dróg łzowych
- Podbarwienie łez krwią
- Pourazowe zwężenie kanału nosowi – łzowego, wtórne zarośnięcie kanalików
- Przejściowa baketriemia, ogólnoustrojowe rozszerzenie infekcji
- Łzawienie
- 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 stanu zdrowia dziecka/Pana/Pani w przyszłości jest następujące: Okresowe lub stałe nadmierne łzawienie, nawracające zmiany skórne okolicy powiek o charakterze strupków z zaschniętej wydzieliny, cofanie się ropnej wydzieliny przez punkty łzowe, ostre zapalenie woreczka łzowego i wiążące się z nim powikłania m.in. zapalenie tkanek miękkich oczodołu i jego następstwa.

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 OPIEKUNA CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA OPERACYJNEGO
PACJENTA/ 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 PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DZIECKA/ PACJENTA

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
udrożnienia dróg łzowych 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 / 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 / przedstawiciela ustawowego

Podpisanie formularza przez pacjentkę/a jest niemożliwe z powodu

data podpis lekarza