

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

**1. IMIĘ NAZWISKO** .....

**2. PESEL** .....

**3. RODZAJ OPERACJI: trabekulektomia**

**4. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI**

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań stwierdzono u Pani/a brak zadowalającej stabilizacji ciśnienia wewnątrzgałkowego przy zastosowaniu farmakologicznych/laserowych metod leczenia jaskry.

**5. PROPONOWANA METODA OPERACJI**

Operacja polega na wytworzeniu dodatkowego kanału odpływu dla cieczy wodnistej z przedniej komory oka, z pominięciem drogi konwencjonalnej. Uzyskuje się to wykonując przetokę rogówkowo – twardówkową odprowadzającą ciecz wodnistą do podspojówkowej poduszeczki filtracyjnej.

Alternatywne metody leczenia : inne metody operacyjne, leczenie zachowawcze, zabiegi laserowe

**6. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI**

W trabekulektomii, przeciwjaskrowym zabiegu przetokowym, uzyskuje się obniżenie ciśnienia wewnątrzgałkowego dzięki wytworzeniu przetoki stanowiącej drogę odpływu cieczy wodnistej z komory przedniej do przestrzeni podspojówkowej i pod torebkę Tenona.

Jeśli po wykonanym zabiegu nie udaje się uzyskać kontroli CWG nawet po włączeniu leków przeciwjaskrowych, należy rozważyć rewizję przetoki trabekulektomijnej, wykonanie tej samej operacji w innym miejscu, wszczępienie implantu drenującego lub cyklodestrukcję.

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

**7. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ**

- Przejściowy wzrost IOP
- Płytki/zniesiona przednia komora i hipotonia,
- Rozwój lub postępowanie zaćmy
- Nadmierna filtracja, nieprawidłowa droga odpływu cieczy wodnistej
- Nieszczelność rany pooperacyjnej,
- Odłączenie naczyniówki, krwotok nadnaczyniówkowy, zapalenie błony naczyniowej
- Zakażenie gałki ocznej, poduszki filtracyjnej, usunięcie gałki ocznej
- Przeciek, zarośnięcie poduszki filtracyjnej
- Otorbienie/zwłóknienie poduszki filtracyjnej skutkujące wzrostem CWG
- Torbielowaty obrzęk płamki, odwarstwienie siatkówki, makulopatia hipotoniczna
- Krwawienie do ciała szklanego, krwawienie do komory przedniej,
- Powierzchnowa keratopatia, astygmatyzm, zaburzenia filmu łzowego, jednooczne dwojenie, pogorszenie pola widzenia oraz ostrości widzenia
- Objawy subiektywne związane z poduszką, dyskomfort, przesunięcie poduszki, zaburzenia widzenia
- Cysta torebki Tenona, Dellen,
- Utrata widzenia, jaskra złośliwa, przetrwałe zapalenie błony naczyniowej
- Retrakcja powiek, ptoza
- Reakcja uczuleniowa na leki o różnym stopniu nasilenia

**8. ROKOWANIE**

W medycynie niemożliwe jest udzielenie gwarancji skuteczności zastosowanej terapii.

Skuteczność trabekulektomii zależy od wielu czynników : rodzaju jaskry, stopnia zaawansowania jaskry, techniki chirurgicznej, stosowania się do zaleceń pooperacyjnych, wieku pacjenta oraz jego chorób

ogólnoustrojowych.

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

## 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 Pana/Panią 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:

- 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 trabekulektomii**

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*