

INFORMACJA DLA PACJENTKI/A ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG

IRYDOTOMIA LASEROWA

1. IMIĘ NAZWISKO

2. PESEL

3. RODZAJ ZABIEGU: Irydotomia laserowa

4. . RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO ZABIEGU

Główne wskazania do zastosowania irydotomii laserowej to predyspozycja do zamknięcia kąta przesączania, jaskra pierwotna zamkniętego kąta, blok źreniczny skutkujący pierwotnym zamknięciem kąta, zespół rozproszony barwnika, jaskra barwnikowa lub ostre pierwotne zamknięcie kąta.

5. **PROPONOWANA METODA ZABIEGU** : Irydotomia laserowa - wytworzenie otworu/otworów w tęczęwce oka u jej podstawy, co skutkuje uzyskaniem alternatywnej drogi przepływu cieczy wodnistej z komory tylnej do komory przedniej

Alternatywne metody : chirurgiczna irydotomia

6. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU

Uzyskanie alternatywnej drogi przepływu cieczy wodnistej z komory tylnej do komory przedniej oraz zmiana konfiguracji kąta tęczęwkowo - rogówkowego. Mogą wystąpić przejściowe dolegliwości bólowe

U 6-12% pacjentów występują po zabiegu zaburzenia widzenia, przemijające rozmycie obrazu, odbłaski, cienie, halo, podwójne widzenie.

7. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

- zaburzenia widzenia,
- jednooczne dwojenie,
- olśnienia, światłowstręt,
- uszkodzenie soczewki, zmętnienie soczewki, zrosty tylne, rozdarcie przedniej torebki, soczewki lub śródbłonna rogówki, podwichnięcie soczewki
- podwyższenie ciśnienia śródgałkowego,
- zapalenie tęczęwki,
- oparzenie rogówki, uszkodzenie śródbłonna rogówki, zapalenie rogówki,
- krwawienie do komory przedniej,
- odwarstwienie siatkówki, tylne odłączenie ciała szklistego,
- oparzenie siatkówki, krwotoki siatkówkowe,
- hypopyon, zniekształcenie źrenicy,
- jaskra złośliwa,
- odczyn zapalny, cystowaty obrzęk płamki,
- późne zamknięcie irydotomii

8. ROKOWANIE

W medycynie niemożliwe jest udzielenie gwarancji skuteczności zastosowanej terapii.

Utrzymujące się wysokie wartości ciśnienia śródgałkowego mogą doprowadzić do całkowitej 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 Ośrodku.
Chętnie odpowiemy na wszystkie pytania.

10. ZASTRZEŻENIA PACJENTKI/A CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA

.....

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

W czasie zabiegu laserowego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanego zabiegu. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność. Przy braku Pani/a zgody zabieg laserowy musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani/a zdrowia.

12. OŚWIADCZENIE PACJENTKI/A

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:

- rozpoznanie
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
- wyników leczenia
- rokowania
- ewentualnego leczenia pozabiegowego

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem laserowym.

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu laserowego YAG irydotomii oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania zabiegu 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 laserowy.

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