

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

**1. IMIĘ NAZWISKO** .....

**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 zeza.

**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 zeza.

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 zeza 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 zeza
- zmiana zeza zbieżnego w rozbieżny i odwrotnie
- niedokrwienie przedniego odcinka oka – głównie u osób w starszym wieku, po operacji na 2-3 mięśniach lub obciążonych chorobami naczyniowymi 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 Pani/na stanu zdrowia 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. 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 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 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*

*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*