

INFORMACJA DLA PACJENTKI/A ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG

Trabekuloplastyka laserowa SLT

1 IMIĘ NAZWISKO .....

2 PESEL .....

3 RODZAJ ZABIEGU: Trabekuloplastyka laserowa SLT

**4 RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO ZABIEGU**

Główne wskazania do zastosowania trabekuloplastyki laserowej SLT to jaskra pierwotna otwartego kąta, jaskra wtórna otwartego kąta m.in. jaskra pseudoeksfoliacyjna oraz jaskra barwnikowa, a także nadciśnienie oczne.

**5 PROPONOWANA METODA ZABIEGU**

Trabekuloplastyka laserowa SLT polega na poddaniu okolicy beleczkowania działaniu serii impulsów lasera co wywołuje efekt ułatwienia odpływu cieczy wodnistej drogą klasyczną i obniża CWG.

Alternatywne metody : ALT, MDLT, ELT

**6. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU**

Po zabiegu przewiduje się uzyskanie obniżenia CWG. Z czasem zazwyczaj efekt redukcji ciśnienia zmniejsza się, co może skutkować koniecznością powtórzenia zabiegu SLT bądź wykonania zabiegu operacyjnego.

**7. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ**

- ubytki pola widzenia
- przejściowe łagodne zapalenie z niewielkim dyskomfortem, tworzenie PAS,
- przejściowy wzrost CW, trwałe wzrost CW wymagający wykonania zabiegu filtrującego
- uszkodzenie śródbłonna rogówki, dekompensacja rogówki,
- torbielowaty obrzęk płamki,
- zapalenie i obrzęk rogówki, nawrót herpetycznego zapalenia rogówki,
- nieregularny astygmatyzm, keratopatia pęcherzowa
- zapalenie tęczówki, obwodowe zrosty przednie, zapalenie błony naczyniowej
- krwawienie do komory przedniej, krwistek, mikrowynaczynienia w kącie przesączania
- dyskomfort, przejściowy ból
- odłączenie naczyniówki
- możliwy wpływ na przeprowadzone później zabiegi filtracyjne np. otorbienie i zamykanie się przetoki filtracyjnej

**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:

Utrzymujące się wysokie ciśnienie śródgałkowe skutkujące ślepotą

### 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:

- rozpoznania
  - 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 trabekuloplastyki laserowej SLT**

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*