

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

1. IMIĘ NAZWISKO

2. PESEL

3. **RODZAJ OPERACJI:** operacyjne usunięcie przepukliny oczodołowej

4. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

Przepuklina oczodołowa jest to wpuklenie się tkanek oczodołu przez przegrodę oczodołową. Może wystąpić wskutek zmian inwolucyjnych przegrody oczodołowej, która z wiekiem staje się cieńsza i mniej wytrzymała, lub na skutek urazu. Może ona powodować defekt kosmetyczny oraz być przyczyną zaburzeń ruchomości gałki ocznej, uczucia dyskomfortu, niedomykania szpary powiekowej.

5. PROPONOWANA METODA OPERACJI:

Operacja polega na: nacięciu spojówki gałkowej i torebki Tenona, odpreparowaniu i wycięciu wpuklającej się tkanki oraz plastyce rany pooperacyjnej i zeszytciu jej szwami.

Alternatywne metody : brak możliwości leczenia zachowawczego

6. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

Po zabiegu przewidywane jest usunięcie przepukliny oczodołowej oraz powrót do prawidłowych stosunków anatomicznych w oczodole.

W niektórych przypadkach może dojść do odnowienia się zmiany, co będzie skutkowało nawrotem dolegliwości i koniecznością reoperacji.

Krwiak powiek, obrzęk, zaczerwienienie oka, obrzęk spojówki, wylew podspojówkowy, blizna – są typowe po zabiegu.

7. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ:

- Krwotok do oczodołu, spadek/utrata widzenia
- Obniżenie gałki ocznej/wzrost objawów retrakcji powieki górnej
- Spadek czucia skórnej okolicy gałki ocznej
- Spadek ruchomości gałki ocznej, zaburzenia ruchomości i ustawienia gałki ocznej
- Uszkodzenie mięśni okołogałkowych
- Podwinięcie powieki dolnej
- Keratopatia porażenna
- Zmiany żreniczne, zmętnienie rogówki, erozja nabłonka rogówki
- Krwotok do ciała szklistego, odwarstwienie siatkówki
- Zespół suchego oka, łzawienie
- Wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego
- Infekcja w obrębie rany pooperacyjnej
- Nadmierna grubość blizny, podrażnienie przez szwy, rozejście się rany pooperacyjnej
- Stan zapalny rogówki/twardówki i spojówki
- 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 Pani/na stanu zdrowia w przyszłości jest następujące : progresja zmiany miejscowej

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 wyjaśnienia można uzyskać u każdego lekarza zatrudnionego w naszym Ośrodku. 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 następującego zabiegu operacyjnego usunięcia przepukliny oczodołowej

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