

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

1. IMIĘ NAZWISKO

2. PESEL

3. RODZAJ OPERACJI: usunięcie skrzydlika

4. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

Skrzydlik to włóknisto – naczyniowy, podnabłonkowy trójkątny rozrost zmienionej zwyrodnieniowo spojówki gałkowej, która przez rąbek narasta na rogówkę. Poza defektem kosmetycznym może powodować zaburzenia widzenia- w przypadku zachodzenia na oś widzenia lub gdy powoduje znaczny astygmatyzm rogówkowy.

5. PROPONOWANA METODA OPERACJI:

Operacja polega na wycięciu zmienionego fragmentu spojówki, a następnie dokładnym oddzieleniu skrzydlika od rogówki i wygładzeniu jej powierzchni. Następnie pozostałą spojówką pokrywa się miejsce usunięcia skrzydlika.

Niekiedy pojawia się konieczność wykonania autoprzeszczepienia spojówki lub pokrycia ubytku błoną owodniową.

Alternatywne metody leczenia : leczenie chirurgiczne z zastosowaniem mitomycyny C

6. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

Po operacji przewiduje się usunięcie zmiany typu skrzydlik. Nawroty skrzydlika są dość częste – zabieg usuwa efekt a nie przyczynę schorzenia, którym jest defekt komórek macierzystych rąbka rogówki.

Zaczerwienie oka, łzawienie, światłowstręt, obrzęk spojówki, wylew podspojówkowy , dyskomfort są typowe po zabiegu.

Przymglenie warstw rogówki w miejscu zajęтым wcześniej przez skrzydlik jest typowe dla tego schorzenia.

Możliwa jest zmiana wady refrakcji oka operowanego po zabiegu.

7. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ:

- łzawienie, krwawienie
- blizna pooperacyjna, zniekształcenie
- perforacja gałki ocznej
- rozejście rany pooperacyjnej, podrażnienie przez szwy
- uszkodzenie mięśni okołogałkowych, zaburzenie ruchów i ustawienie gałki ocznej
- stan zapalny rogówki/twardówki i spojówki
- zmętnienie rogówki, naciek, owrzodzenie rogówki, obrzęk przeszczepu spojówki
- dellen rogówkowo – twardówkowy, torbiele nabłonkowe
- reakcja uczuleniowa na leki o różnym stopniu nasilenia
- ziarniniak ropotwórczy
- dwojenie
- zakażenie wnętrza gałki ocznej

8. ROKOWANIE

W medycynie niemożliwe jest udzielenie gwarancji skuteczności zastosowanej terapii.

Pomimo całkowitego i dokładnego wycięcia często obserwowany jest nawrót zmiany.

Jeśli nie wyrazi Pan/i 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/a 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 skrzydlika 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/o 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