

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

1. **IMIĘ NAZWISKO**

2. **PESEL**

3. **RODZAJ OPERACJI:** Operacyjne usunięcie zmiany powieki

4. **RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI**

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań stwierdzono u Pani/a następujące wskazania do operacji : zmiana powieki

5. **PROPONOWANA METODA OPERACJI**

Operacja polega na usunięciu zmiany powieki oraz plastyce rany pooperacyjnej.

Alternatywne metody leczenia : w zależności od sytuacji klinicznej możliwe może być usunięcie zmiany metodą fotokoagulacji/plasmy/krioterapii

6. **DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI**

Po wygojeniu się rany pooperacyjnej może pozostać blizna oraz zniekształcenie powieki oraz może dojść do odnowienia się zmiany, co będzie skutkowało koniecznością reoperacji

Krwak powiek, obrzęk, umiarkowany świąd skóry w trakcie gojenia – są typowe po zabiegu.

7. **MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ**

- Krwawienie, krwaki podspojówkowy, obrzęk spojówek
- Infekcja w obrębie rany pooperacyjnej powieki
- Niedomykalność szpary powiekowej
- Rozejście się rany pooperacyjnej, zniekształcenie pooperacyjne powieki
- Nadmierna grubość blizny, bliznowiec
- Brak możliwości usunięcia zmiany z marginesem bezpieczeństwa, konieczność reoperacji
- Reakcja uczuleniowa na leki o różnym stopniu nasilenia
- Asymetria ustawienia powiek, wywinięcie powieki, podwinięcie powieki
- Zespół suchego oka
- Uszkodzenie dróg łzowych
- Przebarwienia skóry powieki
- Przewrażliwienie rzęs, brak wzrostu rzęs w miejscu usuniętej zmiany
- Krwaki pozagałkowy, ślepoty
- Zmniejszona lub zwiększona wrażliwość czuciowa

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/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 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 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 zabiegu operacyjnego usunięcia zmiany powieki 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