

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

1. IMIĘ NAZWISKO

2. PESEL

3. RODZAJ OPERACJI: wszczepienie sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej do oka

4. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

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

5. PROPONOWANA METODA OPERACJI:

Operacja polega na: wszczepieniu sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej do oka

Alternatywne metody leczenia : korekcja okularowa/ soczewki kontaktowe

6. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

Uzyskanie prawidłowo ufixowanego wszczepu sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej w gałce ocznej.
Wszczepienie IOL nie gwarantuje poprawy ostrości widzenia.

Po operacji może również wystąpić zasinienie i obrzęk powiek, wylew podspojówkowy, zadrażnienie gałki ocznej, uczucie ciała obcego w oku.

Po operacji brak jest zdolności akomodacji, co wymaga stosowania korekcji okularowej.
Zabieg wszczepienia sztucznej soczewki powoduje zmianę własności układu optycznego oka i skutkuje koniecznością zmiany korekcji okularowej.

7. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ:

- Tylny zespół infuzji,
- Obrzęk rogówki (obrzęk istoty właściwej i nabłonka, odwarstwienie błony Descemeta, toksyczne podrażnienie), keratopatia,
- Krwotok (pozagałkowy, nadnaczyniówkowy) lub odłączenie naczyniówki, krwotok do komory, przedniej, krwotok do ciała szklanego,
- Toksyczne działanie światła na siatkówkę, niedokrwienie plamki,
- Ostre i przewlekłe zapalenie błony naczyniowej,
- Nieszczelność rany,
- Irydodializa, cyklodializa, jaskra z blokiem rzęskowym,
- Przemieszczenie źrenicy, zniekształcenie źrenicy,
- Decentralizacja i przemieszczenie soczewki,
- Nieodpowiednia moc sztucznej soczewki – w niektórych sytuacjach należy rozważyć chirurgiczną wymianę soczewki,
- Astygmatyzm nabyty, płytka lub płaska komora przednia,
- Wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego, jaskra wtórna,
- Przemieszczenie źrenicy, przesunięcie ciała szklanego do komory przedniej,
- Zapalenie wnętrza gałki ocznej,
- Torbielowaty obrzęk plamki, krwotoczno- okluzyjne zapalenie naczyń,
- Odwarstwienie siatkówki, ślepota,
- Podwichnięcie soczewki, przemieszczenie sztucznej soczewki do ciała szklanego, nietolerancja soczewki,
- Reakcja uczuleniowa na leki o różnym stopniu nasilenia,
- Niemożność wszczepienia soczewki.

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: utrzymująca się bezsoczewkowość, brak widzenia przestrzennego

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 następującego zabiegu operacyjnego wszczepienia sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej

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