

**Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki  
w Gorzowie Wlkp.  
spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  
66-400 Gorzów Wlkp., ul. Dekerta 1**  
**Wojewódzka Poradnia Okulistyczna**  
Identyfikator: 211228381-125, NIP: 599-31-68-108  
0402/0178, tel. 95 7331 118

## INFORMACJA DLA PACJENTKI/A ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG

### YAG kapsulotomia

1. **IMIĘ NAZWISKO** .....

2. **PESEL** .....

3. **RODZAJ ZABIEGU:** Laserowa YAG kapsulotomia tylna

#### 4. **RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO ZABIEGU**

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań stwierdzono u Pani/a następujące wskazania do zabiegu: zmętnienie tylnej torebki soczewki

#### 5. **PROPONOWANA METODA ZABIEGU**

YAG kapsulotomia to zabieg laserowy polegający na wytworzeniu otworu w zmętniałej tylnej torebce soczewki

Alternatywne metody leczenia : interwencje bardziej inwazyjne przy użyciu noża dyscynyjnego i nożyczek.

#### 6. **DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU**

Po zabiegu przewiduje się poprawę ostrości wzroku różnego stopnia oraz poprawę wglądu w dno oka. Może dojść do uszkodzenia sztucznej soczewki tzw. pitting

#### 7. **MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ**

- uszkodzenie sztucznej soczewki, przemijający lub długo utrzymujący się wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego, zaburzenia ostrości wzroku, torbielowaty obrzęk plamki ,odwarstwienie siatkówki, przesunięcie do tyłu lub podwichnięcie sztucznej soczewki, zapalenie wnętrza gałki ocznej, erozja nabłonka rogówki, oparzenie rogówki, krwotok do komory przedniej, obrzęk rogówki

#### 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:

Postępujące zamazywanie obrazu, olśnienie, podwójne widzenie w jednym oku, obniżenie ostrości wzroku różnego stopnia, obniżenie czułości na kontrast, utrudniony wgląd w dno oka

#### 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**

.....

**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 zadawania 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 zabiegu laserowej kapsulotomii torebki tylnej** 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*