

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

1. IMIĘ NAZWISKO

2. PESEL

3. RODZAJ OPERACJI: zaopatrzenie perforacji rogówki

4. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

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

5. PROPONOWANA METODA OPERACJI:

Operacja polega na rewizji rany oraz odtworzeniu ciągłości tkanek, przywróceniu w największym możliwym stopniu stosunków anatomicznych oraz funkcji struktur oka.

Alternatywne metody leczenia : w zależności od stanu klinicznego możliwe może być nasycie owodni, leczenie zachowawcze lub enukleacja gałki ocznej

6. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

Po operacji przewiduje się odtworzenie ciągłości struktur gałki ocznej.

Po wygojeniu się rany pooperacyjnej może pozostać blizna/ zniekształcenie rogówki/ astygmatyzm/ brak przezierności rogówki wymagające następczego przeszczepienia rogówki. Może nastąpić zmiana wady refrakcji.

Dyskomfort, uczucie ciała obcego, obrzęk są typowymi dolegliwościami po zabiegu.

W związku z przerwaniem ciągłości tkanek gałki ocznej może dojść do zakażenia wnętrza gałki ocznej, które mimo leczenia może w skrajnym wypadku doprowadzić do martwicy gałki ocznej z koniecznością usunięcia oka

7. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ:

- obrzęk rogówki (obrzęk istoty właściwej i nabłonka, odwarstwienie błony Descemeta, toksyczne podrażnienie),
- keratopatia,
- nieszczelność rany pooperacyjnej, rozejście się rany,
- całkowita utrata widzenia
- reakcja uczuleniowa na leki o różnym stopniu nasilenia

8. ROKOWANIE

W medycynie niemożliwe jest udzielenie gwarancji skuteczności zastosowanej terapii. Mimo zastosowanego leczenia może dojść do pogorszenia stanu miejscowego prowadzącego do znacznego obniżenia ostrości wzroku, ślepoty lub konieczności usunięcia gałki ocznej.

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
zaopatrzenia chirurgicznego perforacji rogówki**

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