

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

1 IMIĘ I NAZWISKO

2 PESEL

3 RODZAJ OPERACJI operacyjne zeszytanie rany rogówki / twardówki / spojówki

4 RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań stwierdzono u Pani/a przerwanie ciągłości tkanek gałki ocznej wymagające zaopatrzenia chirurgicznego.

5 PROPONOWANA METODA OPERACJI

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

Alternatywne metody: stosowanie soczewek opatrunkowych, leczenie zachowawcze, 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 pourazowe/

W przypadku rany rogówki może dojść do zniekształcenia rogówki/ astygmatyzmu/ braku przezierności rogówki wymagającego następczego przeszczepienia rogówki.

Może nastąpić zmiana wady refrakcji.

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.

Dyskomfort, uczucie ciała obcego, zadrażnienie gałki ocznej są typowymi dolegliwościami po zabiegu.

7 MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

- obrzęk rogówki (obrzęk istoty właściwej i nabłonka, odwarstwienie błony Descemeta, toksyczne podrażnienie),
- keratopatia,
- nieszczelność rany pooperacyjnej, rozejście się rany,
- pogorszenie lub całkowita utrata widzenia
- nadmierna grubość blizny pooperacyjnej,
- łzawienie, zespół suchego oka, ,
- uszkodzenie mięśni okołogałkowych,
- zaburzenie ruchów i ustawienia gałki ocznej,
- stan zapalny rogówki/twardówki/spojówki,
- krwawienie, krwiak podspojokowy
- 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 zabiegu operacyjnego zaopatrzenia rany struktur oka 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