

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

1. IMIĘ NAZWISKO

2. PESEL

3. **RODZAJ OPERACJI:** Operacyjne zaopatrzenie rany pourazowej powieki

4. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

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

5. PROPONOWANA METODA OPERACJI

Operacja polega na rewizji rany, oczyszczeniu jej oraz zeszytciu rany pourazowej

Alternatywne metody leczenia : zaopatrzenie rany stripami, leczenie zachowawcze

6. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

Celem zabiegu operacyjnego jest oczyszczenie rany oraz odtworzenie ciągłości tkanek.

Krwiak powiek, mierny obrzęk, umiarkowany świąd skóry w trakcie gojenia, blizna – są typowe po zabiegu.

7. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

- Krwawienie, infekcja w obrębie rany pooperacyjnej powieki
- Niedomykalność szpary powiekowej
- Rozejście się rany pooperacyjnej, zniekształcenie pourazowe powieki, problem z gojeniem się rany
- Nadmierna grubość blizny, bliznowiec
- Reakcja uczuleniowa na leki o różnym stopniu nasilenia
- Asymetria ustawienia powiek, wywinięcie powieki
- Zespół suchego oka
- Przebarwienia skóry powieki
- Przewłóknienie skóry, utrata rzęs/brwi w miejscu rany
- Krwiak pozagałkowy, ślepotą
- 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: zakażenie rany, gojenie poprzez ziarninowanie, bliznowacenie

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 zaopatrzenia chirurgicznego rany 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