

**Świadoma zgoda pacjenta na operację zez (zbieżny, rozbieżny, porażenny)****Każda interwencja medyczna wiąże się z możliwością wystąpienia powikłań.****Nazwisko i Imię.....Pesel: .....****Rozpoznanie - Zez ( zbieżny, rozbieżny,porażenny ).****Proponowany sposób leczenia** – osłabienie lub wzmocnienie działania odpowiednich mięśni poruszających gałkę oczną**Opis zabiegu - wyłonienie właściwego mięśnia okoruchowego:** osłabienie jego działania przez cofnięcie przyczepu lub wzmocnienie przez skrócenie mięśnia , ew. inne przesunięcie przyczepów mięśnia do gałki**Oczekiwane korzyści** – ustawienie równoległe (proste) gałek ocznych, przywrócenie obuocznego widzenia ( u dzieci w wieku przedszkolnym ), zniesienie dwojenia , u dorosłych kosmetyka**Ryzyko** – wystąpienie zapalenia oka, utrata przyczepności mięśnia do gałki- porażenie ruchomości oka w zakresie działania mięśnia**Powikłania późne** – pozostawienie kąta resztkowego zez, nadkorekcja ( zmiana zez zbieżnego na rozbieżny lub odwrotnie, dwojenie u dorosłych,**Alternatywne metody leczenia/badania**– leczenie pleoptyczne, ortoptyczne, stosowanie pryzmatów**Skutki odmowy** - brak obuocznego widzenia, dwojenie, defekt kosmetyczny**Rokowanie:**

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani/Pana przypadku:

 **duże** **średnie** **ograniczone****Zgoda na ewentualną konieczność rozszerzenia zabiegu podczas jego trwania**

Tak

Nie

**Pytania Pacjenta****1. Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam\* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób.**

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam\* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam\* poinformowany/na\* o proponowanym rodzaju leczenia. Oświadczam, iż miałem/łam\* możliwość nieograniczonego zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam\* na nie odpowiedź.

Data i podpis pacjenta .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Data i podpis operatora.....

**Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji**

Data, godzina i podpis pacjenta .....

Data i godzina i podpis przedstawiciela ustawowego .....

**Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji**

Data, godzina i podpis pacjenta .....

Data, godzina i podpis przedstawiciela ustawowego.....

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej /zabiegu)