

Świadoma zgoda pacjenta na przeszczepienie drążące oraz warstwowe przedniej rogówki (PK i DALK)

Każda interwencja medyczna wiąże się z możliwością wystąpienia powikłań.

Nazwisko i imię**Pesel**

Rogówka jest przezroczystą częścią oka, do przodu od tęczówki i źrenicy. W zdrowym oku jest ona całkowicie przejrzysta, co jest konieczne do prawidłowego widzenia. W różnych chorobach (np.. stożek rogówki, blizny po urazach i oparzeniach) może dojść do obrzęku i mętnienia rogówki, co prowadzi do utraty jej przejrzystości i znacznego pogorszenia widzenia.

Opis zabiegu

Operacja przeszczepu drążącego polega na usunięciu pełnej grubości krążka rogówki pacjenta i wszczępieniu w jego miejsce krążka rogówki pochodzącego od zmarłego dawcy.

Operacja przeszczepu warstwowego przedniego polega na usunięciu uszkodzonej przedniej (zewnątrznej) warstwy rogówki pacjenta i wszczępieniu w jej miejsce rogówki fragmentu rogówki pochodzącego od zmarłego dawcy.

Na rany rogówki zakładane są niewchłaniane szwy. W większości przypadków przeszczep jest jedyną możliwością poprawy widzenia w chorym oku. Rogówki pochodzą od dawców zmarłych, u których wykluczono m.in. zakażenia HBV, HCV, i HIV. Do operacji wykorzystywane są tylko i wyłącznie rogówki, które uzyskały pozytywną ocenę Banku Tkanek Oka. Operacja odbywa się w znieczuleniu ogólnym, co wiąże się z możliwością wystąpienia powikłań, które przedstawi lekarz anestezjolog.

Pacjenci wychodzą do domu zazwyczaj kilka dni po zabiegu. Szwy usuwane są ok. 9 - 12 miesięcy po operacji. Po wypisaniu ze szpitala istnieje konieczność stosowania leków ogólnych oraz miejscowych do oka (krople i maści). Niektóre z tych leków będzie używać do końca życia. Niestosowanie się do zaleceń, a zwłaszcza nieużywanie zaleconych leków może prowadzić do poważnych powikłań, w tym nawet do utraty oka. Na przygotowanie do zabiegu, przebieg operacji, gojenie się oka i ostateczną ostrość wzroku oraz stan pacjenta mogą wpływać inne choroby oka towarzyszące schorzeniu rogówki (jaskra, przebyte urazy, choroby tęczówki, siatkówki i inne) oraz choroby ogólne pacjenta (nadciśnienie tętnicze, cukrzyca i inne). Istnieje możliwość wystąpienia reakcji uczuleniowych, objawów nietolerancji lub działań ubocznych na zastosowane w trakcie hospitalizacji leki miejscowe lub ogólne.

Powikłania związane z przeszczepioną tkanką

Przeniesienie zakażenia nie wykrytego wcześniejszymi badaniami.

Powikłania związane z samą operacją

Zapalenie wnętrza gałki ocznej, które może prowadzić do znacznego pogorszenia widzenia, a nawet utraty wzroku, pęknięcie naczyń wewnątrz oka, co może spowodować krwotok wypierający, który może prowadzić nawet do utraty oka, uszkodzenie, stany zapalne tęczówki, nieszczelność rany pooperacyjnej, czasami wymagająca założenia dodatkowych szwów, wylew podspojówkowy, odczyn zapalny na szwy, zakażenie w miejscu stykania się tkanek biorcy i dawcy, zapalenie rogówki, odrzucanie przeszczepionej tkanki, wrastanie naczyń do przeszczepionej rogówki zaburzające jej przejrzystość, jaskra wtórna, zaćma, przemieszczenie sztucznej soczewki.

Alternatywne metody leczenia - brak

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)