

Świadoma zgoda pacjenta na przeszczepienie warstwowe tylne rogówki (DSEK)

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 (keratopatia pęcherzowa lub dystrofia Fuchsa) może dojść do obrzęku i mętnienia rogówki, co prowadzi do utraty jej przejrzystości i znacznego pogorszenia widzenia.

Opis zabiegu

Operacja przeszczepu warstwowego tylnego polega na usunięciu uszkodzonej tylnej (wewnętrznej) warstwy rogówki pacjenta i wszczępieniu w jej miejsce fragmentu rogówki pochodzącego od zmarłego dawcy. Na rany rogówki zakładane są niewchłaniające szwy.

Operacja odbywa się w znieczuleniu miejscowym. Polega ono na wprowadzeniu środka znieczulającego cienką igłą za gałkę oczną i w skórę powiek. Dzięki temu pacjent w czasie zabiegu nie powinien odczuwać bólu. W niektórych wyjątkowych przypadkach istnieje konieczność wykonywania zabiegu w znieczuleniu ogólnym.

Pacjenci wychodzą do domu zazwyczaj kilka dni po zabiegu. Szwy usuwane są ok. 3 miesiące 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.

Oczekiwane korzyści

W większości przypadków przeszczep warstwowo 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.

Powikłania związane z przeszczepioną tkanką

Przeniesienie zakażenia nie wykrytego wcześniejszymi badaniami.

Powikłania związane ze znieczuleniem miejscowym

Nagle, zazwyczaj przejściowe zaniewiedzenie, uszkodzenie nerwu wzrokowego, uszkodzenie naczynia i powstanie krwiaka wewnątrz-oczdolowego, uszkodzenie ściany gałki ocznej, zwolnienie akcji serca i zatrzymanie krążenia, niewielkie opadnięcie powieki górnej, obrzęk i krwiak powiek.

Powikłania związane z samą operacją

Zapalenie wnętrza gałki ocznej, które może prowadzić do znacznego pogorszenia widzenia, a nawet utraty wzroku, pęknięcie naczynia 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, blok źreniczny połączony ze wzrostem ciśnienia wewnątrzgałkowego, przemieszczenie przeszczepionego płatka, zakażenie w miejscu stykania się tkanek biorcy i dawcy, odrzucanie przeszczepionej tkanki, 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)

