

Świadoma zgoda pacjenta na szycie rany aparatu ochronnego oka

Każda interwencja medyczna wiąże się z możliwością wystąpienia powikłań.

Nazwisko i Imię.....**Pesel:**

Rozpoznanie – Rana aparatu ochronnego oka (powieki, łuk brwiowy, spojówki)

Proponowany sposób leczenia – szycie rany skóry / spojówki

Opis zabiegu - znieczulenie miejscowe - dorośli lub ogólne – dzieci, założenie szwów na brzegi rany

Oczekiwane korzyści – odtworzenie w miarę możliwości warunków anatomicznych, lepsze gojenie rany, mniejsza blizna, zamknięcie wrót zakażenia

Ryzyko – zapalenie tkanek aparatu ochronnego, brak możliwości przywrócenia warunków anatomicznych

Powikłania późne – nieprawidłowe ułożenie powiek, odwinięcie / podwinięcie powiek, zapalenie tkanek, rozejście się rany, bliznowce, łzawienie, operacja plastyczna, nieprawidłowy wzrost rzęs, ślepotą

Alternatywne metody leczenia/badania – w przypadkach małych ran skóry założenie specjalnych plastrów, w innych przypadkach brak innego postępowania

Skutki odmowy – zapalenie tkanek , bliznowce, zniekształcenie powiek, łuku brwiowego, uszkodzenie oka, ślepotą, wysychanie oka

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)