Świadoma zgoda pacjenta na usuniecie ciała obcego wewnątrzgałkowego

Każda interwencja medyczna wiąże się z możliwością wystąpienia powikłań.

Nazwisko i Imię.....Pesel: .....

Rozpoznanie – Ciało obce wewnątrzgałkowe

Proponowany sposób leczenia – usunięcie ciała obcego wewnątrzgałkowego

Opis zabiegu - znieczulenie ogólne lub miejscowe, rewizja i oczyszczenie rany wlotowej otwarcie oka , usunięcie ciała obcego z komory przedniej oka , założenie szwów na ranę,
ciało obce wbite w soczewkę usuwa się razem z zaćmą pourazową, przy zachowanych odpowiednich warunkach wszczep sztucznej soczewki
ciało obce w tylnej części oka usuwa ośrodek witreoretinalny

Oczekiwane korzyści – usunięcie źródła infekcji, zachowanie lub poprawa widzenia, zachowanie gałki ocznej

Ryzyko – zapalenie tkanek oka, blizna rogówki, uszkodzenie soczewki, tęczówki, krwotok wewnątrzgałkowy, wystąpienie ostrego ataku jaskry, niemożność wszczepienia sztucznej soczewki, wystąpienie konieczności operacji ciała szklistego, ślepota, wylew podspojówkowy

Powikłania późne – zapalenie tkanek oka, pogorszenie widzenia, zaćma pourazowa, zmętnienie tylnej torebki soczewki, zwyrodnienie rogówki blizna rogówki, jaskra wtórna, odwarstwienie siatkówki podwichnięcie lub zwichnięcie własnej lub sztucznej soczewki, odczyn na szwy, ślepota

Alternatywne metody leczenia/badania – brak innego postepowania

Skutki odmowy – zapalenie tkanek oka, ślepota, pogorszenie widzenia, jaskra wtórna, postęp zaćmy, żelazica, podwichnięcie lu zwichnięcie soczewki, odwarstwienie siatkówki, zanik gałki ocznej

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)