

Świadoma zgoda pacjenta na usunięcie ciała obcego z powierzchni oka***Każda interwencja medyczna wiąże się z możliwością wystąpienia powikłań.*****Nazwisko i Imię.....Pesel:****Rozpoznanie –** Ciało obce powierzchni oka (rogówki, spojówki)**Proponowany sposób leczenia –** usunięcie ciała obcego z rogówki / spojówki**Opis zabiegu -** usunięcie ciała obcego w znieczuleniu ogólnym u dzieci, w znieczuleniu miejscowym u dorosłych, poszerzenie rany wlotowej, usunięcie ciała obcego, złożenie szwów na ranę**Oczekiwane korzyści –** usunięcie źródła infekcji, umożliwienie gojenia rany, ustąpienie dolegliwości**Ryzyko –** perforacja rogówki, zapalenie oka, blizna rogówki, przerwanie spojówki, wylew podspojówkowy**Powikłania późne –** zapalenie oka, blizna rogówki, astygmatyzm, nawracające erozje rogówki, uczucie ciała obcego do czasu wygojenia się rany, reakcja na szwy, zaczerwienienie oka**Alternatywne metody leczenia/badania –** brak**Skutki odmowy –** zapalenie tkanek oka, pogorszenie widzenia, uczucie ciała obcego, żelazica, ślepotą**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)