

Świadoma zgoda pacjenta na operację usunięcia gałki ocznej**Każda interwencja medyczna wiąże się z możliwością wystąpienia powikłań.****Nazwisko i Imię**.....**Pesel:**

Rozpoznanie – uszkodzenie gałki ocznej uniemożliwiające jej prawidłowe funkcjonowanie (perforacja urazowa ze złym rokowaniem co do widzenia, perforacja pozapalna i w przebiegu keratopatii, niekwalifikująca się do przeszczepu), bolesne ślepe oko (jaskra bólowa, przewlekła keratopatia bólowa, bolesny zanik gałki ocznej), leczenie nowotworu wewnątrzgałkowego, zapobieganie rozwojowi współczulnego zapalenia błony naczyniowej.

Proponowany sposób leczenia – usunięcie gałki ocznej z odtworzeniem worka spojówkowego, uniemożliwiającego dopasowanie protezy ocznej

Opis zabiegu - nacięcie spojówki gałki ocznej w znieczuleniu ogólnym, odcięcie mięśni okoruchowych i gałki ocznej z nerwem wzrokowym, złożenie szwu wchłanialnego na ranę spojówki

Oczekiwane korzyści – zniesienie bólu, usunięcie nowotworu, usunięcie ryzyka zapalenia współczulnego

Ryzyko – krwotok śródoperacyjny, pozostawienie fragmentów tkanek oka, zakażenie tkanek oczodołu, urazy szczytu oczodołu, zakażenie tkanek wewnątrzczaszkowych

Powikłania późne – zniekształcenie bruzdy powieki górnej- nieprawidłowy kształt powieki, nieprawidłowa pozycja powiek (odwinięcie powieki dolnej, opadnięcie powieki górnej), szeroka szpara powiekowa, ból pustego oczodołu

Alternatywne metody leczenia/badania – brak

Skutki odmowy – zapalenie współczulne, rozprzestrzenienie nowotworu na tkanki oczodołu, stały ból 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)