

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA ZABIEG WYKONANIA IRYDOTOMII LASEROWEJ

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI (PACJENTA).....

PESEL.....

IRYDOTOMIA LASEROWA polega na wytworzeniu laserem otworu w tęczęwce, dzięki czemu powstaje dodatkowa droga, którą płyn przedostaje się z tylnej do przedniej części oka. Zabieg ten wykonuje się w przypadku zwężenia lub zamknięcia kąta przesączania (ostry atak jaskry) oraz profilaktycznie w drugim oku u pacjentów z ostrym atakiem jaskry.

Kąt przesączania znajduje się w przedniej części oka pomiędzy rogówką i tęczęwką i jest miejscem, przez które płyn produkowany w oku odpływa do żył. Zwężenie lub zamknięcie kąta przesączania utrudnia odpływ płynu z oka, powoduje to wzrost ciśnienia śródgałkowego, a w konsekwencji uszkodzenie nerwu wzrokowego, powstanie ubytków w polu widzenia, a nawet może doprowadzić do nieodwracalnej ślepoty.

Irydotomia laserowa ma na celu poszerzenie kąta przesączania, jednak w niektórych przypadkach nie uzyskuje się tego efektu i konieczne jest usunięcie pęcznięcej soczewki, czyli operacja zaćmy.

Przed zabiegiem podawane są krople zwężające źrenicę oraz znieczulające oko. Podczas zabiegu pacjent może odczuwać kłujący ból, zabieg trwa kilka- kilkanaście minut. Po zabiegu stosuje się krople przeciwzapalne oraz kontroluje ciśnienie śródgałkowe.

Powikłania po irydotomii laserowej to:

- przemijający wzrost ciśnienia w oku
- krwawienie z tęczęwki, zwykle niewielkie i ulega zatrzymaniu pod wpływem ucisku oka soczewką nagałkową; ryzyko większego krwawienia występuje u osób z zaburzeniami krzepnięcia lub przyjmujących leki przeciwkrzepliwe - wówczas może być konieczne chirurgiczne usunięcie krwi
- zapalenie tęczęwki, zwykle łagodne i przejściowe; jego wystąpieniu zapobiega stosowanie po zabiegu kropli przeciwzapalnych
- uszkodzenie śródłonka rogówki, które zwykle nie powoduje poważnych następstw dla stanu rogówki i widzenia
- zamknięcie otworu irydotomii- wymaga powtórzenia zabiegu
- olśnienie i dwojenie
- zmętnienie soczewki (zaćma)
- jaskra złośliwa- bardzo rzadkie powikłanie, na wystąpienie tego powikłania narażone są osoby z wysoką nadwzrocznością i małą gałką oczną

OŚWIADCZENIE LEKARZA

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi informacje o jego stanie zdrowia, planowany sposób leczenia oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku prowadzonego leczenia.

.....
data

.....
podpis i pieczętka lekarza

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że w pełni zrozumiałam/zrozumiałem informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem w tym informacje dotyczące:

1. rozpoznania
2. proponowanej metody leczenia i wskazań do jej wykonania
3. możliwe do przewidzenia skutki zaniechania leczenia
4. wyników leczenia
5. możliwych powikłań i ryzyku ich wystąpienia związanych z zabiegiem, rozumiem wymienione powyżej powikłania związanych z zabiegiem operacyjnym, rozumiem że wymienione powyżej powikłania nie są wszystkimi możliwymi z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia
6. zaleceniach po wykonanym zabiegu
7. zostałem poinformowany/a, że zabieg może wymagać powtórzenia
8. Potwierdzam, że miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego zabiegu oraz uzyskania wyczerpujących i zrozumiałych dla mnie odpowiedzi i wyjaśnień
9. Potwierdzam że przedstawiono mi przystępną informację o możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, a także o wynikach leczenia oraz rokowaniu. Jednocześnie, po wnikliwym zapoznaniu się z udzielonymi mi zrozumiałymi informacjami i wyjaśnieniami, niniejszym oświadczam, że świadomie wyrażam zgodę na opisany w informacji zabieg.
10. Zapewniam, iż przekazałem/am wszystkie i prawdziwe informacje o przebytych, leczonych i nie leczonych dolegliwościach, schorzeniach i chorobach, przyjmowanych lekach, wiadomych mi uczuleniach i alergiach, o zabiegach i operacjach, którym zostałem poddany w przeszłości.
11. Zobowiązuję się do przestrzegania zaleceń lekarza odnośnie zaleconego leczenia farmakologicznego oraz wizyt kontrolnych po zabiegu.
12. Potwierdzam, że moja zgoda na proponowany zabieg jest przemyślana, świadoma i dobrowolna.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z powyższym tekstem i:

Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie zabiegu irydotomii laserowej oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania zabiegu w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

..... data podpis i pieczętka lekarza czytelny podpis pacjentki/pacjenta
---------------	-------------------------------------	---

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg. Zostałam/em poinformowana/y o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia

..... data podpis i pieczętka lekarza czytelny podpis pacjentki/pacjenta
---------------	-------------------------------------	---