

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ OŚWIADCZENIE PACJENTA O WYRAŻENIU ZGODY NA ZABIEG LASEROTERAPII (FOTOKOAGULACJI LASEROWEJ) SIATKÓWKI

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

Data zabiegu:

Fotokoagulacja laserowa siatkówki polega na dostarczaniu wiązki światła laserowego na powierzchnię siatkówki. Wywołuje to reakcję cieplną siatkówki, a w następstwie powstanie blizny leczniczej.

Przed zabiegiem podawane są krople rozszerzające źrenicę oraz znieczulające oko. Zabiegowi towarzyszą błyski światła, czasami pacjent może odczuwać kłujący ból. Zabieg trwa od kilku do kilkunastu minut. Po zabiegu stosuje się krople nawilżające.

Do ewentualnych powikłań związanych bezpośrednio lub pośrednio z zabiegiem należą:

- Zaburzenia akomodacji
- Przypalenie siatkówki centralnej zwanej dołkiem
- Mroczek centralny lub paracentralny w polu widzenia
- Obrzęk płamki
- Rozwój neowaskularyzacji podsiatkówkowej
- Lokalne zmętnienie soczewki
- Krwotok podsiatkówkowy
- Zawężenie pola widzenia
- Odwarstwienie siatkówki

OŚWIADCZENIE LEKARZA

Oświadczam, że poinformowałem Pacjenta o planowanym zabiegu laserowym, przedstawiłem informacje dotyczące zabiegu, opisałem cel wykonania oraz sposób w jaki jest wykonywany, a także sposób przygotowania i postępowania po zabiegu. Przedstawiłem także przeciwwskazania, możliwe powikłania oraz ryzyka wynikające z zabiegu. Umożliwiłem pacjentowi zadawanie pytań i udzieliłem wszelkich potrzebnych informacji. Pacjent został również poinformowany o innych możliwych metodach leczenia.

.....
Data

.....
Podpis i pieczętka lekarza

Imię i nazwisko pacjenta:

