

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ OŚWIADCZENIE PACJENTA O WYRAŻENIU ZGODY NA
ZABIEG SELEKTYWNEJ TRABEKULOPLASTYKI LASEROWEJ (SLT)

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

Data zabiegu:

Selektywna trabekuloplastyka laserowa polega na stymulacji i ograniczonej destrukcji komórek barwnikowych w kącie przesączania.

Kąt przesączania znajduje się w przedniej części oka i jest miejscem, przez które płyn produkowany w oku odpływa do naczyń żylnych. Zabieg laserowy powoduje selektywne niszczenie wybranych komórek, co prowadzi do udrożnienia struktur odpowiedzialnych za odpływ płynu w kącie. Skutkiem tego jest obniżenie ciśnienia wewnątrzgałkowego. Efekt obniżenia ciśnienia zależy od postaci jaskry i wynosi ok. 30%.

Zabieg ten można wykonywać kilkakrotnie.

Przed zabiegiem podawane są krople zwężające źrenicę oraz znieczulające oko. Zabieg jest bezbolesny. Zabieg trwa od kilku do kilkunastu minut. Po zabiegu stosuje się krople przeciwzapalne oraz kontroluje ciśnienie wewnątrzgałkowe.

Do ewentualnych powikłań związanych bezpośrednio lub pośrednio z zabiegiem należą:

- Wzrost ciśnienia wewnątrz gałki ocznej
- Przemijające krwawienie do przedniej komory oka
- Przejściowy ból oka
- Zaczerwienienie oka
- Zanik tęczówki
- Obwodowe zrosty przednie
- Przejściowy obrzęk/przymglenie rogówki
- Zapalenie przedniego odcinka błony naczyniowej
- Odłączenie naczyniówki
- Obrzęk plamki
- Przemijający dyskomfort w widzeniu związany z przesunięciem refrakcyjnym w kierunku nadwzroczności lub krótkowzroczności.

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 pieczęć lekarza

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że w pełni zrozumiałem/am informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zostałem szczegółowo poinformowany/na o rozpoznaniu, proponowanej metodzie leczenia i wskazaniach do ich wykonania, a także jaki będzie zakres i przebieg zabiegu, jaki jest jego cel, oczekiwany wynik i rokowania z nim związane. Przedstawiono mi informację na temat możliwych powikłań związanych z zabiegiem laserowym; zrozumiałem/am, że wymienione powyżej powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia.

Zostałem/am poinformowany, że zabieg laserowy może wymagać powtórzenia.

Poinformowano mnie o alternatywnych metodach leczenia.

Zapewniam, iż przekazałem/am wszystkie i prawdziwe informacje o przebytych leczonych i nieleczonych dolegliwościach schorzeniach i chorobach, przyjmowanych lekach, wiadomych mi uczuleniach i alergiach, o zabiegach i operacjach którym zostałem poddany w przeszłości.

Zobowiązuje się do przestrzegania zaleceń lekarza odnośnie zaleconego leczenia farmakologicznego oraz wizyt kontrolnych po zabiegu.

Potwierdzam, że miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego zabiegu oraz uzyskania wyczerpujących i zrozumiałych dla mnie odpowiedzi i wyjaśnień.

Potwierdzam, że moja zgoda na proponowany zabieg jest przemyślana, świadoma i dobrowolna.

Zgadzam się na przeprowadzenie u mnie zabiegu selektywnej trabekuloplastyki laserowej oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzenia zabiegu.

.....

Data

.....

Podpis pacjenta

.....

Podpis i pieczęć lekarza

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg. Zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia.

.....

Data

.....

Podpis pacjenta

.....

Podpis i pieczęć lekarza