

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ OŚWIADCZENIE PACJENTA O WYRAŻENIU ZGODY NA ZABIEG PODPROGOWEJ MIKROPULSOWEJ LASEROTERAPII SIATKÓWKI

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

Data zabiegu:

Podprogowa laseroterapia mikropulsowa plamki polega na dostarczaniu wiązki światła laserowego w postaci mikropulsów na powierzchnię siatkówki centralnej. Wywołuje to zmiany w nabłonku barwnikowym siatkówki, który odgrywa ważną rolę w regulacji gromadzenia się płynu w warstwach siatkówki. Zasadą działania tej terapii jest stymulowanie tkanki, a nie jej termiczne niszczenie, jak to się dzieje podczas laseroterapii konwencjonalnej. Zabieg ten jest stosowany w różnych chorobach plamki i ma na celu przywrócenie prawidłowej grubości siatkówki, a przez to poprawę widzenia.

Przed zabiegiem podawane są krople rozszerzające źrenicę oraz znieczulające oko. Zabieg jest bezbolesny. Towarzyszą mu błyski światła. Zabieg trwa od kilku do kilkunastu minut. Po zabiegu stosuje się krople nawilżające.

Do ewentualnych powikłań związanych bezpośrednio lub pośrednio z zabiegiem należą:

- Przypalenie siatkówki centralnej zwanej dołkiem
- Mroczek centralny lub paracentralny w polu widzenia
- Obrzęk plamki
- Rozwój neowaskularyzacji podsiatkówkowej

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:

PESEL:

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że w pełni zrozumiałem/am informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zostałem szczegółowo poinformowany 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 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 podprogowej mikropulsowej laseroterapii siatkówki oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzenia zabiegu.

.....
Data lekarza	Podpis pacjenta	Podpis i pieczętka

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 pieczętka lekarza

