



**SZPITAL KLINICZNY IM. DR. EMILA WARMIŃSKIEGO POLITECHNIKI BYDGOSKIEJ
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BYDGOSZCZY**

Nr ks. rej.: 000000002247 REGON: 092354746-00027 NIP: 9532293970
ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz
Tel. 52 370 91 02
szpital.pbs.edu.pl, e-mail: sekretariat@szpital.pbs.edu.pl

Bydgoszcz, dnia

PR5_PJ16_F7

ZGODA NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE/POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE

ZABIEG ODWINIĘCIA POWIEKI DOLNEJ

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Zostałem(am) wyczerpująco poinformowana (y) o:

1. Ogólnym stanie zdrowia, rozpoznaniu.

Na podstawie przeprowadzonego badania okulistycznego rozpoznano u Pani/Pana odwinięcie powieki dolnej, które zaburza widzenie w jednym /w obu oczach. Przewlekła ekspozycja rogówki może prowadzić do poważnych powikłań: przewlekłych erozji, owrzodzeń, które mogą prowadzić do nieodwracalnego pogorszenia ostrości wzroku.

2. Rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu/badania.

Zabieg poprzedzony jest wykonaniem znieczulenia miejscowego. Można, w zależności od planowanego rodzaju operacji, zastosować znieczulenie kroplowe lub w postaci zastrzyku w tkanki miękkie wokół operowanych powiek. Samą operację przeprowadza się w pozycji leżącej. Leczenie ma na celu zapobieganie kontaktu rzęs z rogówką oraz chirurgiczną korekcję zniekształceń. W tym celu może zostać zastosowane; kauteryzacja poprzez skórę poniżej rzęs co prowadzi do powstania blizny i bariery pomiędzy częścią przedprzegrodową a przedtarczkową mięśnia okrężnego oka lub poprzeczne szwy odciągające, które są leczeniem tymczasowym lub operacje polegające na wycięciu skóry z częścią tarczki powiekowej oraz mięśnia okrężnego oka (w różnych modyfikacjach). Po zabiegu skóra zostaje zaopatrzona szwami. Szwy takie zdejmuje się w kilka tygodni po zabiegu.

3. Celu i oczekiwanych korzyściach przeprowadzenia zabiegu/badania, rokowaniach.

Zabieg ma na celu poprawę jakości widzenia oraz komfort pacjenta. U większości pacjentów wykonanie operacji daje pożądaną efekt. U niektórych chorych, tych u których występują inne schorzenia powierzchni oka, poprawa może być jedynie częściowa lub nawet nie wystąpić w ogóle. Wśród takich chorób spotyka się najczęściej: jaskrę, z suchego oka, blizny rogówki, zwyrodnienia rogówki. U większości chorych, choć niestety nie we wszystkich przypadkach sytuację taką można rozpoznać przed zabiegiem i poinformować o istniejącej sytuacji.

4. Sposobie postępowania przed i po wykonaniu zabiegu/badania.

Po wykonaniu zabiegu i niezbędnym pobycie w Szpitalu, zarówno w trakcie powrotu Pacjenta do domu, jak i 24 godziny po zabiegu nieodzowna jest opieka osoby dorosłej. Ponadto, nie należy aktywnie uczestniczyć w ruchu drogowym, nie należy prowadzić pojazdów, wykonywać niebezpiecznych czynności (np. praca przy niebezpiecznych maszynach lub warunkach, przebywanie w zapyłonym pomieszczeniu), nie należy uciskać ani pocierać operowanego oka, nie dokonywać żadnych ważnych decyzji i nie pić alkoholu.

Po zabiegu należy unikać basenu i sauny przez 3 mies. oraz przez 1 miesiąc zaleca się unikania znacznego wysiłku fizycznego.

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

Po zabiegu operacyjnym należy zgłosić się na wyznaczoną przez lekarza wizytę kontrolną.

Należy stosować się ściśle do indywidualnych zaleceń pooperacyjnych lekarza, w tym zakraplania oka operowanego ściśle wg. wskazań lekarza. Leki stosować tylko po konsultacji z lekarzem.

5. Możliwych, najbardziej prawdopodobnych następstwach, zagrożeniach i powikłaniach związanych z zabiegiem.

Zabiegi operacyjne w obrębie powiek, są w powszechnej ocenie lekarzy okulistów, zabiegami niosącymi ze sobą niewielkie ryzyko. Tym niemniej każda ingerencja okulistyczna w sytuacjach zbiegu niekorzystnych okoliczności prowadzić do ciężkich powikłań prowadzących nawet do ślepoty lub utraty oka. Jednakże mimo maksymalnej troski o prawidłowe przeprowadzenie operacji możliwe jest wystąpienie następujących powikłań będących skutkiem zabiegu:

1. Infekcja. W dobie współczesnej medycyny i odpowiedniej troski o wyjątkowanie pola operacyjnego jest ono bardzo rzadkie. Jednak w przypadku wystąpienia prowadzić ono może mimo prawidłowego i intensywnego leczenia do utraty widzenia w oku lub nawet do utraty oka.
2. Blizny - każde postępowanie chirurgiczne powoduje powstawanie blizn.
3. Obrzęk i zasinienie tkanek okolicznych tkanek. Regeneracja tkanek zależy w dużej mierze od indywidualnych możliwości danego organizmu.
4. Asymetria - po tego typu operacji asymetria i zmiana położenia kącika zewnętrznego oka wynika z metodyki zabiegu
5. Krwawienie - aby zmniejszyć ryzyko krwawienia zaleca się odstawienie leków przeciwplatekcyjnych (Acard, Polocard) na ok 7 dni przed zabiegiem. W przypadku innych leków przeciwzakrzepowych do rozważenia terapia pomostowa.
6. Utrata wzroku - jest możliwa i wynikać może z uszkodzeń rogówki bądź spowodowana wewnętrznym krwawieniem wokół oka.
7. Reakcje alergiczne na szwy, obłożone chirurgiczne, podawane leki miejscowo. Po wstrzyknięciu znieczulenia miejscowego lub innych leków mogą wystąpić zaczerwienienie skóry, obrzęk, świąd, nudności i - rzadko - nawet poważne zaburzenia, takie jak duszność, drgawki, tachykardia, zaburzenia rytmu serca i wahania ciśnienia krwi, z możliwością wystąpienia wstrząsu, które mogą wymagać intensywnej opieki medycznej i rzadko pozostawić trwałe uszkodzenia (np. niewydolność nerek, uszkodzenie mózgu).
8. Efekt estetyczny jest subiektywny. Pacjent celem osiągnięcia zadowalającego efektu estetycznego, może wymagać kolejnych zabiegów chirurgicznych.

6. Konsekwencjach zaniechania leczenia.

Brak leczenia może doprowadzić do nieodwracalnej utraty wzroku.

7. Alternatywnych metodach leczenia.

Brak

8. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu.

Przeciwwskazaniem do wykonania operacji jest zły stan ogólny pacjenta (stan po świeżym zawale serca lub udarze mózgu, ciężka niewydolność krążeniowo-oddechowa).

9. Uwagi:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam(em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłam/łam istotnych informacji odnośnie:

mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, istnienia/braku ciąży, występowaniu/braku alergii, przebytych chorób.

Informacja przekazana mi przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna oraz zrozumiała:

w trakcie rozmowy z lekarzem miałam(em) nieograniczoną możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu i uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi,

jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualne zmiany lub rozszerzenia zabiegu, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania w/w zabiegu i upoważniam lekarzy do wykonywania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających,

zdaję sobie sprawę z tego, że mogą wystąpić inne, niespodziewane zagrożenia lub powikłania wynikające z indywidualnych cech ludzkiego organizmu, rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia/ zabiegu,

ponadto oświadczam, iż przyjąłam/ąłem do wiadomości wszelkie zalecenia dotyczące postępowania przed i po wykonaniu zabiegu/operacji, rozumiem że ich nieprzestrzeganie może w istotny sposób wpłynąć na ostateczny efekt zabiegu/operacji, a o wszystkich powikłaniach powinienem poinformować lekarza,

oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o możliwości cofnięcia zgody.

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia WYRAŻAM DOBROWOLNIE ŚWIADOMĄ ZGODĘ na przeprowadzenie proponowanego zabiegu

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia NIE WYRAŻAM ZGODY / COFAM UPRZEDNIO WYRAŻONĄ ZGODĘ* na przeprowadzenie proponowanego zabiegu

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

* zaznacz właściwe

** pacjent po ukończeniu 16 r.ż. – zgoda podwójna (pacjenta i przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego)

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

--

<i>Data</i>	<i>Podpis lekarza</i>	<i>Podpis świadka</i>