

2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO

Jedynym skutecznym postępowaniem jest zniszczenie obwodowej, nieunaczynionej części siatkówki, co zapobiega nadmiernej produkcji przez nią czynników naczyniotwórczych (tzw. naczyniowo-śródbłonkowy czynnik wzrostu - VEGF) i powstaniu nowych, nieprawidłowych naczyń (nowotwórstwu naczyniowemu). Takie działanie zabezpiecza centralną część siatkówki, która ma już prawidłowo rozwinięte naczynia i pozwala na zachowanie wzroku. Obecnie stosuje się głównie przezręczną fotokoagulację laserową.

Alternatywne metody leczenia

- a) Niekiedy wykonuje się krioterapię (mrożenie tkanek) , która działa na podobnych zasadach . Wykonuje się ją wówczas, gdy ośrodki optyczne oka nie są przezroczyste , a przez to nie można skierować promieniowania laserowego na siatkówkę.
- b) Do ciała szklistego we wnętrzu gałki ocznej podaje się iniekcje (tzw. anty-VEGF np. ranibizumab, bewacyzumab) blokujące czynniki odpowiedzialne za rozwój naczyń

Retinopatia wcześniaków ma tendencję do samoistnego cofania się (regresji) lub zahamowania rozwoju we wczesnych, mało agresywnych stadiach. Możliwość cofnięcia się zmian w zaawansowanym okresie choroby jest znikoma.

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU:

U wszystkich dzieci leczonych fotokoagulacją laserową występuje ograniczenie obwodowego pola widzenia . U części dzieci mimo laseroterapii nie uzyskuje się pełnej remisji choroby. Konsekwencją niecałkowitego ustąpienia choroby może być obniżona ostrość wzroku niepodlegająca korekcji okularowej. U części dzieci n(z ciężką postacią retinopatii tzw. Postać tylna połączona z chorobą plus) może dojść do zmian mimo laseroterapii. U takich pacjentów zwykle podawany jest lek w iniekcji do ciała szklistego (ranibizumab lub bawacizumab).

4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ (w tym skutków odległych)

Każda ingerencja chirurgiczna obarczona jest ryzykiem wystąpienia powikłań . Dołożymy wszelkich starań by zapewnić pełen sukces zaplanowanego leczenia oraz minimalizacji ewentualnych powikłań. Powikłania związane z planowanym zabiegiem mogą między innymi polegać na:

- **Wczesne**
 - uszkodzenie nabłonka rogówki (erozja rogówki)
 - obrzęk powiek i spojówki gałkowej
 - oparzenie rogówki , tęczęwki, soczewki
 - krwotok do komory przedniej
 - krwotok do ciała szklistego,
 - krwotok przedsiatkówkowy
 - pęknięcie błony Brucha
 - fotokoagulacja okolicy plamki
- **Późne**
 - krótkowzroczność

5. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji u Państwa dziecka jest:

[] duże [] średnie [] ograniczone

Jeżeli nie wyrażają Państwo zgody na proponowany zabieg rokowanie co do stanu zdrowia Państwa dziecka w przyszłości jest następujące:

.....

6. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby zapytali Państwo nas o wszystko ,co chcielibyście wiedzieć w związku z planowanym leczeniem waszego dziecka. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Państwa wyjaśnienia można uzyskać u każdego lekarza specjalisty zatrudnionego w naszym Klinice . Chętnie odpowiemy na wszystkie Państwa pytania.

ZASTRZEŻENIA RODZICÓW – PRZEDSTAWICIELI USTAWOWYCH/ OPIEKUNÓW PRAWNYCH CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA OPERACYJNEGO DZIECKA:

.....

7. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność. Przy braku Państwa zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla zdrowia dziecka. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

8. OŚWIADCZENIE RODZICÓW- PRZEDSTAWICIELI USTAWOWYCH/OPIEKUNÓW PRAWNYCH

W pełni zrozumieliśmy /łam/łem informację zawartą w tym formularzu oraz przekazane nam/mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono nam/mi nieograniczone możliwości zadania pytań, na wszystkie udzielono nam/mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem/Panią dr..... spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
- wyników leczenia operacyjnego
- rokowania
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego.

Znane nam/mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym. Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u naszego/mojego dziecka następującego zabiegu operacyjnego:

.....

.....

oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzenia operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Nadto oświadczam, że zostaliśmy/łam/łem poinformowani o możliwości cofnięcia zgody na proponowany zabieg operacyjny.

Data oraz podpis rodziców, przedstawicieli ustawowych/opiekunów prawnych	
Data, podpis oraz pieczęć lekarza	

Nie zgadzam się na proponowany zabieg operacyjny naszego dziecka. Zostaliśmy poinformowani o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla zdrowia i życia naszego dziecka.

Data oraz podpis rodziców, przedstawicieli ustawowych/opiekunów prawnych	
Data, podpis oraz pieczęć lekarza	

Podpisanie formularza przez rodziców-przedstawicieli ustawowych/opiekunów prawnych jest niemożliwe z powodu:

.....

.....

.....

Data, podpis oraz pieczęć lekarza	
-----------------------------------	--