

**Świadoma zgoda przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego
na leczenie retinopatii wcześniaczej**

Każda interwencja medyczna wiąże się z możliwością wystąpienia powikłań.

Nazwisko i imię dziecka.....**Pesel:**.....

Rozpoznanie – Retinopatia wcześniaków (retinopatia proliferacyjna przedwcześnie urodzonych noworodków z niską masą urodzeniową).

Proponowany sposób leczenia – laseroterapia i / lub kryoterapia siatkówki w trzecim stadium retinopatii.

Opis zabiegu - przezręczniczna fotokoagulacja laserem diodowym nieunaczynionego obwodu siatkówki i / lub przestwardówkowa kryoterapia nieunaczynionego obwodu siatkówki.

Oczekiwane korzyści – cofnięcie zmian naczyniowych siatkówki, zmniejszenie obszaru niedokrwienia siatkówki, ustąpienie zagrożenia odwarstwienia siatkówki i ślepoty, w skrajnie niskim wieku ciążowym i niskiej wadze urodzeniowej w retinopatii z objawem plus , mimo prawidłowo prowadzonego leczenia istnieje możliwość postępu choroby, statystyki światowe oceniają skuteczność leczenia w tych przypadkach na 85%.

Ryzyko – wylewy siatkówkowe i do ciała szklistego, obrzęk spojówek, wylewy podspojówkowe, obrzęk powiek, erozje rogówki.

Powikłania późne – krótkowzroczność, zawężenie pola widzenia.

Alternatywne metody leczenia/badania – obecnie brak.

Skutki odmowy – przejście choroby w nieaktywną fazę bliznowacenia (przesunięcie tarczy i plamki, krótkowzroczność, zez, oczopląs, mikroftalmus, dekompresja rogówki, zaćma, jaskra wtórna, odwarstwienie siatkówki) lub przejście stanu chorobowego w fazę szklistkowo-siatkówkową (lokalne lub całkowite odwarstwienie siatkówki, wysiękowe odwarstwienie siatkówki, wylewy do ciała szklistego, ślepota).

Zgoda na ewentualną konieczność rozszerzenia zabiegu podczas jego trwania:

TAK NIE

Pytania przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego

.....
.....

OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / OPIEKUNA PRAWNEGO

Oświadczam, iż zapoznałem/łam* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam* poinformowany/na* o proponowanym rodzaju leczenia.

Oświadczam, iż miałem/łam* możliwość nieograniczonego zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam* na nie odpowiedź.

Zgadzam się na wykonanie zaproponowanej procedury medycznej.

.....
(data i podpis przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego)

.....
(data i podpis operatora)

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej

.....
(data i podpis przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego)

.....
(data i podpis operatora)

.....
.....
(Uzasadnienie przez przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej /zabiegu)