

Świadoma zgoda pacjenta na iniekcję doszklistkową anty VEGF

(Aflibercept, Farycymab, Bavacizumab)

Każda interwencja medyczna wiąże się z możliwością wystąpienia powikłań.

Nazwisko i Imię..... Pesel:

Rozpoznanie – cukrzycowy obrzęk plamki, obrzęk plamki wtórny do niedrożności naczyń żylnych siatkówki, wysiękowa postać zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem, pozapalny obrzęk plamki

Proponowany sposób leczenia – iniekcja leku do komory ciała szklanego

Opis zabiegu - znieczulenie miejscowe, dezynfekcja oka, podanie leku za pomocą igły do wnętrza oka

Oczekiwane korzyści – utrzymanie lub poprawa widzenia, zmniejszenie obrzęku

Ryzyko – zapalenie wewnątrzgałkowe, wylewy podspojówkowe, uszkodzenie soczewki, uszkodzenie siatkówki, krwawienie wewnątrzgałkowe, przejściowy wzrost ciśnienia śródgałkowego, zamknięcie naczyń na tarczy nerwu wzrokowego, przejściowe pogorszenie widzenia, ślepotą, brak efektu

Powikłania późne – zapalenie wewnątrzgałkowe, krwawienie wewnątrzgałkowe, jaskra wtórna, odwarstwienie siatkówki, zaćma, tylne odłączenie ciała szklanego, pęknięcie nabłonka barwnikowego siatkówki

Alternatywne metody leczenia/badania – laseroterapia siatkówki, terapia werteporfiryną, leki ogólne i miejscowe

Skutki odmowy – pogorszenie widzenia

Rokowanie:

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani/Pana przypadku:

☐ duże

☐ średnie

☐ ograniczone

Zgoda na ewentualną konieczność rozszerzenia zabiegu podczas jego trwania:

Tak

Nie

Pytania Pacjenta

1. Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób.

Niniejszym 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.

Data i podpis pacjenta:

Data i podpis przedstawiciela ustawowego:

Data i podpis operatora:

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji:

Data, godzina i podpis pacjenta:

Data i godzina i podpis przedstawiciela ustawowego:

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji:

Data, godzina i podpis pacjenta

Data, godzina i podpis przedstawiciela ustawowego.....

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