

Świadoma zgoda pacjenta na podanie implantu Ozurdex

Każda interwencja medyczna wiąże się z możliwością wystąpienia powikłań.

Nazwisko i Imię..... **Pesel:**

Rozpoznanie - cukrzycowy obrzęk plamki, obrzęk plamki z wiązany z zakrzepem żyły siatkówki, zapalenie błony naczyniowej.

Proponowany sposób leczenia - iniekcja leku do komory ciała szklстого

Opis zabiegu - znieczulenie miejscowe, dezynfekcja oka, lek w postaci małego implantu zostanie wprowadzony do wnętrza oka (ciała szklстого) za pomocą specjalnego aplikatora.

Oczekiwane korzyści - utrzymanie lub poprawa widzenia, zmniejszenie obrzęku

Ryzyko - podwyższone ciśnienie wewnątrzgałkowe (może wymagać leczenia farmakologicznego lub chirurgicznego), zaćma (zmętnienie soczewki może wymagać operacji), infekcje wewnątrzgałkowe (zapalenie wnętrza gałki ocznej – endophthalmitis), odwarstwienie siatkówki, krwotok wewnątrzgałkowy, ból zaczerwienienie lub dyskomfort oka, możliwość braku skuteczności leczenia lub konieczność powtarzania iniekcji

Powikłania późne - zapalenie wewnątrzgałkowe, krwawienie wewnątrzgałkowe , jaskra wtórna, odwarstwienie siatkówki, zaćma, uszkodzenie twardówki w miejscu lokalizacji implantu.

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)