

Świadoma zgoda pacjenta na sondowanie dróg łzowych.***Każda interwencja medyczna wiąże się z możliwością wystąpienia powikłań.*****Nazwisko i Imię.....Pesel:****Rozpoznanie** - Niedrożność dróg łzowych.**Proponowany sposób leczenia** – zgłębnikowanie dróg łzowych**Opis zabiegu** – wprowadzenie sondy Bowmana przez kanalik górny lub dolny do kanału nosowo-łzowego na kości nosowej i przerwanie błony blokującej kanał łzowy**Oczekiwane korzyści** – udrożnienie dróg łzowych, ustąpienie ropienia i łzawienia oka**Ryzyko** – utworzenie mechaniczne nieprawidłowego połączenia, uszkodzenie nabłonka kanalików łzowych, wystąpienie krwawienia, zachłyśnięcie**Powikłania późne** – wtórne zarośnięcie kanalików, wystąpienie zrostów w kanale nosowym, ogólnoustrojowe rozszerzenie infekcji**Alternatywne metody leczenia/badania**– antybiotykoterapia, masaż**Skutki odmowy** - stałe ropienie i łzawienie oka, możliwość zropienia worka łzowego**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)