Świadoma zgoda pacjenta na usunięcie skrzydlika

Każda interwencja medyczna wiąże się z możliwością wystąpienia powikłań.

Nazwisko i Imię.....Pesel: .....

Rozpoznanie – skrzydlik

Proponowany sposób leczenia – usunięcie skrzydlika z ewentualnym przeszczepem owodni

Opis zabiegu - w znieczuleniu miejscowym usunięcie zmiany z rogówki i otaczającej spojówki (z ew. naszyciem owodni), założenie szwów

Oczekiwane korzyści – wstrzymanie wzrostu skrzydlika i niedopuszczenie do pogorszenia widzenia, zmniejszenie zaczerwienienia oka,

Ryzyko – zmętnienie rogówki perforacja rogówki zapalenie oka, ślepota

Powikłania późne – astygmatyzm, zmętnienie (blizna) rogówki, zwyrodnienie rogówki , ślepota, nawrót skrzydlika

Alternatywne metody leczenia/badania : PTK (fotokeratektomia terapeutyczna)

Skutki odmowy – pogorszenie widzenia spowodowane narastaniem skrzydlika na centrum rogówki, zwyrodnienie rogówki, ślepota

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)