

Świadoma zgoda pacjenta na zmiany na spojówce/ powieki***Każda interwencja medyczna wiąże się z możliwością wystąpienia powikłań.*****Nazwisko i Imię**.....**Pesel:****Rozpoznanie** – Guz spojówki, powieki.**Proponowany sposób leczenia** – wycięcie zmiany guzowatej z plastyką korekcyjną powieki lub / i spojówki**Opis zabiegu** - podanie znieczulenia miejscowego, wycięcie zmienionych chorobowo tkanek z plastyką powieki lub / i spojówki, założenie szwów na ranę**Oczekiwane korzyści** – usunięcie zmienionych chorobowo struktur, odtworzenie prawidłowej anatomii przedniego odcinka gałki ocznej, ograniczenie wzrostu guza**Ryzyko** -krwiaki, zapalenie przedniego odcinka gałki ocznej, niemożność wycięcia guza w całości**Powikłania późne** – powstawanie bliznowców w miejscu cięcia, zniekształcenia anatomiczne, wznowa miejscowa zmian rozrostowych**Alternatywne metody leczenia/badania** – odstąpienie od zabiegu i dorażne stosowanie leków do worka spojówkowego**Skutki odmowy** – rozrost zmian nowotworowych, 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)