

**Świadoma zgoda pacjenta na fotokoagulację / krioterapię ciała rzęskowego*****Każda interwencja medyczna wiąże się z możliwością wystąpienia powikłań.*****Nazwisko i Imię.....Pesel: .....**

**Rozpoznanie** – ciężka postać jaskry z ciśnieniem wewnątrzgałkowym niemożliwym do obniżenia za pomocą leczenia farmakologicznego, zabiegów filtracyjnych i setonowych : jaskra wtórna (neowaskularna, pozapalna, pourazowa ) , bolące ślepe oczy z jaskrą dokonaną, oczy z jaskrą po witrektomii

**Proponowany sposób leczenia** – cyclofotokoagulacja przeztwardówkowa laserem diodowym, krioterapia ciała rzęskowego

**Opis zabiegu** - w znieczuleniu miejscowym i pozagałkowym, wykonanie serii impulsów laserowych przez przyłożenie sondy laserowej do gałki ocznej

**Oczekiwane korzyści** – obniżenie ciśnienia wewnątrzgałkowego, obniżenie liczby stosowanych leków , zniesienie bólu oka, zachowanie widzenia, zapobieganie pęknięciu oka

**Ryzyko** – ból oka w trakcie i po zabiegu, przejściowe podwyższenie ciśnienia w oku, ubytki nabłonka rogówki, uszkodzenie termiczne spojówki, krwawienie do komory przedniej , zapalenie błony naczyniowej, przekrwienie oka

***Zadawalające obniżenie ciśnienia po jednym zabiegu uzyskuje się w około 2/3 przypadków, u pozostałych pacjentów trzeba wykonać kolejne zabiegi ( 1 lub więcej po 1-2 miesiącach)***

**Powikłania późne** – zmiany w soczewce i twardówce, spływanie komory przedniej, obniżenie ostrości wzroku, odwarstwienie naczyniówki i siatkówki, uszkodzenie rogówki, dekompresja przeszczepu rogówki, zanik gałki ocznej, brak należytego obniżenia ciśnienia wewnątrzgałkowego, konieczność powtórzenia zabiegu

**Alternatywne metody leczenia/badania**– cyclofotokoagulacja endoskopowa, usunięcie gałki ocznej

**Skutki odmowy** – utrzymanie wysokiego ciśnienia w oku z postępującą utratą widzenia, stały ból oka, pęknięcie oka

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)**