

## Świadoma zgoda pacjenta na usunięcie guza oczodołu

***Każda interwencja medyczna wiąże się z możliwością wystąpienia powikłań.***

**Nazwisko i Imię**.....**Pesel:** .....

**Rozpoznanie – Guz oczodołu**

**Proponowany sposób leczenia –** chirurgiczne usunięcie zmiany oczodołu

**Opis zabiegu** - w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym, nacięcie skóry w okolicy zmiany oczodołu, usunięcie guza, założenie szwów na ranę skóry lub nacięcie spojówki gałkowej w załamku worka spojówkowego, usunięcie guza i założenie szwów na spojówkę

**Oczekiwane korzyści –** poprawa warunków miejscowych w oczodole – prawidłowe ustawienie gałki ocznej, prawidłowa ruchomość oka, zlikwidowanie ucisku na gałkę oczną, poprawa ostrości wzroku, możliwość badania histopatologicznego i ustalenie ewentualnego dalszego leczenia, ochrona rogówki przed uszkodzeniem przy niedomykalności, zmniejszenie dolegliwości bólowych

**Ryzyko –** możliwość częściowego wycięcia zmiany, wystąpienie krwawienia do oczodołu, zapalenie tkanek oczodołu, uszkodzenie naczyń i nerwów w pobliżu guza, możliwość uszkodzenia mięśni gałkoruchowych

**Powikłania późne –** zapalenie gałki ocznej, nieprawidłowe ustawienie powiek, zaburzenia ruchomości gałki ocznej, zanik nerwu wzrokowego, ślepota, rozszanie guza do przyległych tkanek, nawrót guza, który może ulec zezłóśliwieniu

**Alternatywne metody leczenia/badania –** w zależności od rodzaju guza ewentualna kwalifikacja do sterydo, chemio lub radioterapii

**Skutki odmowy –** powiększenie guza i przemieszczenie gałki ocznej, unieruchomienie gałki, pogorszenie widzenia, jaskra wtórna, zanik nerwu wzrokowego, ślepota, szerzenie się procesu nowotworowego na sąsiednie struktury ( zatoki, jama nosa, przedni dół czaszki )

**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.....

**2. Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji**

Data i podpis pacjenta .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej /zabiegu)