

Świadoma zgoda pacjenta na operację zaćmy***Każda interwencja medyczna wiąże się z możliwością wystąpienia powikłań.*****Nazwisko i Imię**.....**Pesel:****Rozpoznanie –** Zaćma**Proponowany sposób leczenia –** usunięcie zaćmy metodą zewnątrztorebkową lub metodą fakoemulsyfikacji, wszczepem sztucznej soczewki i możliwością założenia szwów na ranę**Opis zabiegu -** nacięcie oka i usunięcie zmętniałej soczewki, wszczepienie sztucznej soczewki**Oczekiwane korzyści –** poprawa widzenia z koniecznością używania szkieł do dali lub bliży**Ryzyko –** wystąpienie zapalenia oka, zwyrodnienie rogówki, przemieszczenia sztucznej soczewki, wystąpienia jaskry, krwotoku wewnątrzgałkowego, niemożności wszczepienia soczewki lub usunięcia zaćmy, konieczności wykonania reoperacji lub operacji ciała szklistego, ślepota**Powikłania późne –** nietolerancja sztucznej soczewki, zmętnienie torebki tylnej soczewki, torbielowaty obrzęk płamki, nasilenie makulopatii cukrzycowej i starczego zwyrodnienia płamki, odwarstwienie siatkówki, jaskra, zwyrodnienie rogówki, zrosty i torbiele łąeczkowe, astygmatyzm pooperacyjny, ślepota**Alternatywne metody leczenia/badania –** odstąpienie od operacji i stosowanie kropli spowalniających rozwój zaćmy**Skutki odmowy –** pogorszenie widzenia, jaskra wtórna, podwichnięcie i zwichnięcie soczewki, zapalenie oka, 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)