

**Świadoma zgoda przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego na leczenie retinopatii wcześniaczej*****Każda interwencja medyczna wiąże się z możliwością wystąpienia powikłań.***

Nazwisko i Imię.....Pesel: .....

**Rozpoznanie** – Retinopatia wcześniaków ( retinopatia proliferacyjna przedwcześnie urodzonych noworodków z niską masą urodzeniową)**Proponowany sposób leczenia** – laseroterapia i / lub kryoterapia siatkówki w trzecim stadium retinopatii**Opis zabiegu** - przezręczniczna fotokoagulacja laserem diodowym nieunaczynionego obwodu siatkówki i / lub przetwardówkowa kryoterapia nieunaczynionego obwodu siatkówki**Oczekiwane korzyści** – cofnięcie zmian naczyniowych siatkówki, zmniejszenie obszaru niedokrwienia siatkówki, ustąpienie zagrożenia odwarstwienia siatkówki i ślepoty, w skrajnie niskim wieku ciążowym i niskiej wadze urodzeniowej w retinopatii z objawem plus , mimo prawidłowo prowadzonego leczenia istnieje możliwość postępu choroby, statystyki światowe oceniają skuteczność leczenia w tych przypadkach na 85%**Ryzyko** – wylewy siatkówkowe i do ciała szklistego, obrzęk spojówek, wylewy podspojówkowe, obrzęk powiek, erozje rogówki**Powikłania późne** – krótkowzroczność, zawężenie pola widzenia**Alternatywne metody leczenia/badania**– obecnie brak**Skutki odmowy** – przejście choroby w nieaktywowaną fazę bliznowacenia-( przesunięcie tarczy i plamki, krótkowzroczność, zez, oczopląs, mikroftalmus, dekompresja rogówki, zaćma, jaskra wtórna, odwarstwienie siatkówki ) lub przejście stanu chorobowego w fazę szkliskowo-siatkówkową ( lokalne lub całkowite odwarstwienie siatkówki, wysiękowe odwarstwienie siatkówki, wylewy do ciała szklistego, ślepotą )**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 przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego**

.....

**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 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 i podpis pacjenta .....

Data , godzina i podpis przedstawiciela ustawowego .....

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