



FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA ZABIEG

Imię i nazwisko

PESEL*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data ur.

--	--

/

--	--

/

--	--	--	--	--	--

Płeć

M	K
---	---

Nr Księgi Głównej / Nr Księgi Oddziałowej

Lekarz prowadzący

Rozpoznanie:

Niniejszym oświadczam, że wykonując przysługujące mi prawo do wyrażenia dobrowolnej i świadomej zgody na świadczenie medyczne lub odmowy takiej zgody, wyrażam zgodę na przeprowadzenie następującego zabiegu:

RODZAJ ZABIEGU: Iniekcja doszklistkowa preparatu anty VEGF**

oko prawe ☐

oko lewe ☐

Oświadczam, że zostałam/em poinformowany w przystępny i zrozumiały dla mnie sposób przez lekarza:

Imię i nazwisko lekarza:

w zakresie posiadanej przez niego specjalności, o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, dotychczasowych i przewidywanych metodach leczenia oraz rokowaniu w zakresie świadczenia udzielanego mi w Oddziale Okulistycznym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Zgierzu w związku ze zdiagnozowaną u mnie jednostką chorobową określoną w rozpoznaniu.

W szczególności przedstawiona mi została propozycja leczenia zabiegowego.

OPIS ZAPROPONOWANEGO ZABIEGU:

Zabieg przeprowadza się w znieczuleniu miejscowym, w warunkach sterylnych, w pozycji leżącej. W trakcie zabiegu nie należy wykonywać ruchów głową ani oczami. Twarz będzie przykryta specjalną serwetą, a oko pacjenta będzie przytrzymywane w pozycji otwartej, aby nie mogło mrugać. Należy wykonywać polecenia personelu medycznego i kierować wzrok zgodnie z poleceniami lekarza.

Nie należy zaciskać powiek drugiego oka. Czas trwania zabiegu z przygotowaniem wynosi kilkanaście minut. W czasie iniekcji większość pacjentów odczuwa niewielki ucisk czasem poboletanie. Właściwa współpraca pacjenta z personelem jest niezbędna a niestosowanie się do zaleceń może wiązać się z większym wynikiem powikłań.

Miałam/em możliwość rozmowy z lekarzem, zadania mu pytań i wyjaśnienia z nim moich wątpliwości. Zapoznałam/em się również z opisem zaproponowanego mi zabiegu, stanowiącym integralny załącznik formularza świadomej zgody, oraz związanymi z nim możliwymi powikłaniami oraz zaleceniami

przed-zabiegowymi i po-zabiegowymi. Udzielone mi informacje oraz wyjaśnienia i odpowiedzi na zadane przeze mnie pytania są dla mnie w pełni zrozumiałe.

Wiem, jakiego rodzaju zabieg zostanie mi wykonany, jaki jest jego cel, zakres i przebieg.

Zostałam/em zapoznany z możliwymi do przewidzenia korzyściami i ryzykiem związanymi z tą metodą leczenia i z samym zabiegiem.

Powikłania w postaci:

- uczulenie na leki o różnym stopniu nasilenia (także leki znieczulające, antybiotyki)
- zakażenie (niewłaściwa higiena oka)
- wzrost ciśnienia śródgałkowego (przejściowy), mogący powodować uszkodzenie nerwu wzrokowego
- zaćma (postęp zmętnienia soczewki), przerwanie ciągłości tylnej torebki soczewki, mogące wymagać przeprowadzenia operacji w późniejszym terminie
- miejscowy odczyn zapalny (niewielki nasilenie) lub zapalenie błony naczyniowej, w tym zapalenie wnętrza gałki ocznej, mogące prowadzić do trwałego znacznego pogorszenia widzenia lub nawet utraty oka
- wylew krwi do ciała szklistego
- przedarcie siatkówki i odwarstwienie siatkówki

Zapoznałam/em się z zaleceniami obowiązującymi przed, w trakcie i po zabiegu.

Jestem świadoma/y, że pobyt w ODDZIALE OKULISTYCZNYM WSS W ZGIERZU związany z zabiegiem jest przewidziany na dzień/ dni

W związku z tym oświadczam, że zapewniłam/em sobie opiekę i asystę przed- i po zabiegu.

Oświadczam, że udzieliłam/em pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz oraz pozostały personel medyczny zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego i rozmowy poprzedzającej wyrażenie przeze mnie zgody na zabieg. Nie zataiłam/em żadnych informacji o moim stanie zdrowia, w szczególności informacji o chorobach przewlekłych, uczuleniach, infekcjach przebiegu dotychczasowego leczenia i wszystkich lekach oraz suplementach diety (środkach kupowanych bez zlecenia lekarskiego, bez recepty, niekoniecznie w aptece) przyjmowanych przeze mnie w ostatnich 6 miesiącach.

Nieujawnienie tego rodzaju faktów może negatywnie wpłynąć na proces leczenia i być niebezpieczne dla mojego zdrowia i życia. Jestem w pełni świadoma/y, że odpowiedzialność za zatajenie informacji na temat mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków oraz innych substancji oraz udzielenie lekarzowi i pozostałemu personelowi medycznemu niezgodnych z prawdą informacji spoczywa na mnie.

Przestrzeganie zaleceń przed- i po zabiegowych obowiązujących podczas całego procesu terapii objęte jest moją odpowiedzialnością.

Wyrażam zgodę na ewentualne, uzasadnione z medycznego punktu widzenia, rozszerzenie zakresu zabiegu, jeżeli w trakcie jego wykonywania wystąpią okoliczności, których nie można było przewidzieć na etapie diagnozowania oraz kwalifikowania do zabiegu, a które wskazują na konieczność zmiany zakresu zabiegu.

Wyrażam zgodę na przeniesienie mnie do właściwego oddziału stacjonarnego zgodnie z decyzją lekarza operującego lub lekarza anestezjologa, jeżeli wymagałby tego mój stan zdrowia.

Miejsce na ewentualne uwagi lekarza:
.....
.....

Data sporządzenia dokumentu:

Dane administracyjne

Data
(Pieczęć i podpis lekarz odbierający zgodę)

Podpis pacjenta potwierdzający uzyskanie informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu terapeutycznego, wysłuchanie jego zdania i wyrażenie zgody na zabieg:

.....
(Czytelny podpis pacjenta)

*) W przypadku braku numeru PESEL wpisać rodzaj i numer dokumentu tożsamości

**) właściwe zaznaczyć