



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:

Operacja przeciwjaskrowa - TRABECULEKTOMIA Z IRYDEKTOMIĄ**

☐ 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 proponowanego zabiegu:

Znieczulenie kroplowe, dezynfekcja, jałowe obłożenie, unieruchomienie powiek, znieczulenie, pod torebkę Tenona. Przygotowanie płatka spojówki od góry na godz. 12:00. Wypreparowanie płatka nadtwardówki. Cięcie przebijające do komory przedniej. Wycięcie twardówki w obszarze kąta przesączania. Wycięcie obwodowe tęczówki. Przyszycie płatka nadtwardówki szwem Vicryl 8/0. Przyszycie płatka spojówki szwem Vicryl 8-0. Odtworzenie komory przedniej - podanie BSS. Antybiotyk do komory przedniej. Podanie kropli do worka spojówkowego – 1% Atropina. Jałowy opatrunek.

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- 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:

- utrata widzenia (rzadko), - przejściowe powikłania, spłykanie komory przedniej 13-23 %,
- otorbiony pęcherzyk 12%, - opadnięcie powieki 12%,
- surowice, odłączenie naczyniówki 11-14%, poziom krwi na komorze przedniej 12-24%,
- krwotok nadnaczyniówkowy 0.7%, - hypotomia 24%, - nieszczelność rany 12%, jaskra złośliwa

Późne powikłania

- zaćma 20%, - utrata widzenia 18%

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

Jestem świadoma/y, że pobyt w Oddziale Okulistycznym w WSS w Zgierzu związany z zabiegiem jest przewidziany na jeden dzień. 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

.....
(Pieczętka i podpis lekarz odbierającego 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