



## 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:

### **OPIERŚCIENIENIE GAŁKI OCZNEJ Z EWAKUACJĄ PŁYNU PODSIATKÓWKOWEGO, KRIORETINOPEKSJĄ ORAZ TAMPONADĄ GAZOWĄ OTWORU W SIATKÓWCE\*\***

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 WSS w Zgierzu w związku ze zdiagnozowaną u mnie jednostką chorobową określoną w rozpoznaniu.

*W szczególności przedstawiona mi została propozycja leczenia zabiegowego.*

#### **OPIS ZAPROPONOWANEGO ZABIEGU:**

Po przygotowaniu i oznaczeniu strony operowanego oka wykonano cięcie operacyjne odsłonięcia okrężnego twardówki poprzez odcięcie spojówki przy rąbku. Usunięcie naczyń blaszki naczyniowej z twardówki w okolicy rąbka rogówki a krwawiące naczynia przypalono diatermią. Lokalizacja otworu w siatkówce w rzucie twardówki. Założenie szwów cugłowych na mięśnie proste oka. Założenie szwów cugłowych na twardówkę w połowiej jej grubości i przeciągnięcie pod mięśniami prostymi opaski i połączenie końców za pomocą szlufki Wackego. Ściągnięcie i unieruchomienie opaski na twardówce w okolicy równika gałki ocznej. Wykonanie sklerotomii w rzucie najwyższego uniesienia siatkówki i stopniowa ewakuacja płynu podsiatkówkowego do całkowitego przyłożenia się siatkówki w okolicy otworu. Kontrola siatkówki za pomocą wziernika. Po lokalizacji otworu w siatkówce wykonanie kilku ognisk przymrożenia przetwardówkowego celem zabezpieczenia dziury. Podanie przez część płaską ciała rzęskowego gazu celem zwiększenia presji na siatkówkę (tampონada). Kontrola ciśnienia wewnątrzgałkowego. Zamknięcie peritomii szwami pojedynczymi. Płukanie worka spojówkowego i jałowy opatrunek na operowane oko.

*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 krwotoku wypierającego 0,1%, dyslokacji soczewki własnej z jej zwicnięciem do ciała szklistego (0,1%), , upływem ciała szklistego (1%), dekompensacją rogówki po operacji (3%), erozją rogówki (2%), nawrót odwarstwienia siatkówki (10,0%), odczyn zapalny wewnątrzgałkowy (0,2%), zespół niedokrwienia przedniego odcinka oka (2%) oraz w (30%) zaćma wtórna są mi znane.

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 jeden lub dwa dni pobytu. 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.

**Niejawnienie 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