

## ŚWIADOMA ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU

Oświadczam, że w Klinice Okulistycznej Jasne Błonia w Łodzi przeprowadziłem rozmowę z Pacjentem:

Łódź, dnia.....	<i>Podpis i pieczęć lekarza</i>	<i>Dane pacjenta</i>
-----------------	---------------------------------	----------------------

dotyczącą planowanego u Niego postępowania leczniczego:\* **OP / OL**

**USUNIĘCIA ZAĆMY WRAZ ZE WSZCZEPIENIEM SZTUCZNEJ SOCZEWKI WEWNĄTRZGAŁKOWEJ I WSZYSTKIE ZWIĄZANE Z TYM CZYNNOŚCI**

**WITREKTOMII I WSZYSTKIE ZWIĄZANE Z TYM CZYNNOŚCI**

**ODWARSTWIONEJ SIATKÓWKI I WSZYSTKIE ZWIĄZANE Z TYM CZYNNOŚCI**

**PRZECIWIJASKROWEGO I WSZYSTKIE ZWIĄZANE Z TYM CZYNNOŚCI**

..... I WSZYSTKIE ZWIĄZANE Z TYM CZYNNOŚCI

Stan zdrowia Pacjenta w czasie rozmowy stabilny, w pełnym kontakcie logicznym/kontakt utrudniony

Oświadczam, że w czasie rozmowy poinformowałem Pacjenta o:

1. rozpoznaniu choroby.
2. wskazaniu do zabiegu.
3. celu zabiegu.
4. przewidywalnych następstwach przeprowadzonego zabiegu, w tym koniecznej korekcji okularowej po operacji oraz ryzyku nieuzyskania oczekiwanej ostrości widzenia.
5. braku innych sposobów leczenia poza proponowanym zabiegiem.
6. skutkach odstąpienia od zabiegu do całkowitej ślepoty włącznie.
7. możliwych powikłaniach zabiegu:
  - wylewie/krwotoku pozagałkowym, perforacji gałki po zastrzyku znieczulającym
  - pęknięciu torby tylnej i utopieniu jądra soczewki lub implantu – wiąże się to z koniecznością powtórnego zabiegu, jeśli zabieg dotyczył usunięcia zaćmy
  - krwotoku wypierającym, krwotoku do ciała szklistego/komory szklistkowej, odłączeniu naczyniówki
  - dekompensacji rogówki
  - wzroście ciśnienia wewnątrzgałkowego
  - jaskrze wtórnej
  - spłyceniu komory przedniej
  - odczynie zapalnym wnętrza gałki ocznej
  - ślepcie oka
  - dolegliwościach bólowych
  - nieuzyskaniu oczekiwanej ostrości wzroku
  - wtórnym odwarstwieniu siatkówki
  - przyspieszonym powstaniu zmętnienia soczewki, jeśli zabieg nie dotyczył jej usunięcia
  - powikłaniach ogólnych: zatorze, udarze, zawałe mięśnia sercowego, zapaleniu płuc, infekcji dróg moczowych, ostrej niewydolności krążeniowo-oddechowej, zgonie.
- Większość z wymienionych powikłań podlega leczeniu. Mogą one jednak wymagać wykonania dodatkowych zabiegów oraz doprowadzić do pogorszenia lub całkowitej utraty widzenia, a nawet utraty gałki ocznej. Na pooperacyjną ostrość wzroku wpływają również inne choroby oka jak: jaskra, zwyrodnienie plamki żółtej, zwyrodnienia w przebiegu wysokiej krótkowzroczności, błona nasiatkówkowa, otwór w plamce, które mogą uniemożliwić uzyskanie satysfakcjonującej Pacjenta ostrości wzroku po zabiegu.
8. Proponowane znieczulenie:
  - miejscowe – z ewentualnym powikłaniami – wylewem pozagałkowym, perforacją gałki ocznej
  - ogólne - powikłania zostaną omówione przez lekarza anestezjologa.

Ewentualne zastrzeżenia i pytania pacjenta dotyczące proponowanego zabiegu:

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że w czasie rozmowy z lekarzem:

*Imię i nazwisko, ewentualnie pieczętka lekarza*

przedstawiono mi w sposób przystępny, zrozumiały i nie budzący wątpliwości szczegółowy opis proponowanego leczenia i możliwych powikłań. Zapewniono mi nieograniczoną możliwość zadawania pytań i na wszystkie pytania uzyskałem wyczerpującą, przystępną i satysfakcjonującą mnie odpowiedź.

Bez zastrzeżeń wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenie u mnie proponowanego zabiegu i zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie zabiegu w niezbędnym zakresie, jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku procesu terapeutycznego.

Łódź, dnia.....

*Podpis pacjenta / podpis rodzica / opiekuna  
prawnego lub faktycznego*

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu pomimo braku szczepień przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby. W przypadku stwierdzenia u mnie wirusowego zapalenia wątroby nie będę rościć pretensji do Kliniki Okulistycznej „Jasne Błonia” (*dotyczy pacjentów bez aktualnego szczepienia przeciwko WZW*).

Łódź, dnia.....

*Podpis pacjenta / podpis rodzica / opiekuna  
prawnego lub faktycznego*

Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-na o kosztach leczenia poza systemem Narodowego Funduszu Zdrowia, wyrażam zgodę na ich pokrycie i nie będę z tego tytułu wnosił pretensji do Kliniki Okulistycznej „Jasne Błonia” (*dotyczy pacjentów leczonych poza systemem NFZ*).

Łódź, dnia.....

*Podpis pacjenta / podpis rodzica / opiekuna  
prawnego lub faktycznego*

Nie zgadzam się/cofam zgodę na proponowany mi zabieg usunięcia zaćmy, witrektomii, odwarstwionej siatkówki, przeciwjaskrowy, ..... oka prawego/lewego.

Zostałem poinformowany o możliwych konsekwencjach mojej odmowy na stan mojego zdrowia i życia.

Łódź, dnia.....

*Podpis pacjenta / podpis rodzica / opiekuna  
prawnego lub faktycznego*