



Imię i nazwisko pacjenta: _____

Nr historii choroby: _____ PESEL/Data urodzenia*: _____

Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Adres: _____ Telefon: _____

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE OPERACJI PODWINIĘCIA/ODWINIĘCIA* POWIEKI DOLNEJ OKA PRAWEGO/LEWEGO*

I. Opis choroby będące powodem kwalifikacji do operacji

Podwinięcie powieki, czyli entropion, polega na odwróceniu brzegu rzęсового powiek do worka spojówkowego. Entropion może być także skutkiem bliznowacenia powiek po urazie, oparzeniu, stanie zapalnym (np. jaglicy) lub zabiegu chirurgicznym. Odwinięcie powiek, czyli ektropion, polega na tym, że brzeg rzęсовy nie przylega, ale odstaje od wypukłej powierzchni gałki ocznej. Najczęstszą przyczyną odwinięcia powiek są zmiany związane z wiekiem (inaczej zmiany inwolucyjne), takie jak zwiotczenie skóry powieki dolnej, rozciąganie więzadeł powiekowych (zwłaszcza bocznego), zwiotczenie tarczki powiekowej oraz zmniejszenie napięcia mięśnia okrężnego oka.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, rodzaje znieczulenia i korzyści z operacji.

Korekta chirurgiczna odwinięcia/podwinięcia powieki dolnej w odcinku bocznym polega na zespoleniu bocznego brzegu tarczki z okostną wewnętrzną powierzchni bocznego brzegu oczodołu, pod górną odnogą więzadła powiekowego bocznego z jednoczesnym usunięciem nadmiaru skóry powieki dolnej.

Odwinięcie/ podwinięcie powieki w części przyśrodkowej wymaga skrócenia powieki w poziomie. W tym celu wycina się romboidalny fragment spojówki i tarczki poniżej punktu łzowego, wycina się też powiekę na pełnej grubości (cięcie ma kształt litery T) oraz zdwaja przednią odnogę więzadła przyśrodkowego.

Ponadto, podwinięcie można korygować różnymi technikami, m.in. poprzez założenie szwów wywijających (tzw. szwy Quickerta), odtworzenie tarczkowych przyczepów mięśni rozwierających szparę powiekową lub przecięcie tarczki powiekowej z ewentualnym przeszczepem błony śluzowej pobranym z podniebienia twardego.

Zabieg wykonywany jest zazwyczaj w znieczuleniu miejscowym, niekiedy w połączeniu z krótkotrwałym dożylnym znieczuleniem ogólnym (sedacją).

Oczekiwane korzyści: zniesienie ograniczeń pola widzenia, zwiększenie komfortu widzenia, poprawa wyglądu powiek, odmłodzenie okolicy oczu, poprawa funkcji powiek.

(Miejsce na informację graficzną wykorzystywaną w trakcie przekazywania informacji na temat operacji)



III. Zalecenia pozabiegowe

1. nieusuwanie plastrów, nici i opatrunków,
2. chłodzenie operowanych okolic,
3. stosowanie przepisanych maści i kropli do oczu,
4. unikanie wysiłku fizycznego, pochylania się i dźwigania przez okres około 1–2 tygodni,
5. ochrona oczu przed słońcem i wiatrem (np. noszenie okularów przeciwsłonecznych),
6. zgłaszanie się na wizyty kontrolne zgodnie z zaleceniami lekarza.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Alternatywami dla leczenia chirurgicznego mogą być iniekcje toksyny botulinowej, podklejanie powieki plastrem, ale nie korygują ustawienia powieki w sposób trwały i mają ograniczoną skuteczność w porównaniu z operacją.

V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

Do możliwych powikłań należą:

1. krwiak i obrzęk powiek,
2. siniaki, ból i dyskomfort,
3. blizny, niekiedy przerostowe lub asymetryczne,
4. infekcja, rozejście się rany operacyjnej,
5. podrażnienie, suchość lub łzawienie oczu,
6. trudności w domykaniu powiek,
7. brak efektu zabiegu,
8. asymetria powiek,

rzadko: uszkodzenie struktur oka prowadzące do pogorszenia widzenia.

VI. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

Ryzyko powikłań może być zwiększone u osób z chorobami ogólnoustrojowymi (cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroby serca), u pacjentów przyjmujących leki przeciwzakrzepowe, cierpiących na choroby oczu (np. zespół suchego oka, jaskra), z tendencją do bliznowców, u osób palących papierosy oraz z zaburzeniami gojenia ran.

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

Ryzyko operacji oceniane na podstawie skali _____

Dla zabiegów „małych”

Ryzyko powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże



VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Większość pacjentów uzyskuje trwałą poprawę funkcji powiek. Efekt utrzymuje się zwykle wiele lat, ale proces starzenia się skóry i tkanek podporowych postępuje. W rzadkich przypadkach może wystąpić utrzymująca się asymetria, bliznowacenie, konieczność reoperacji lub przewlekłe podrażnienie oczu.

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

Ryzyko odległych powikłań ☐ małe ☐ średnie ☐ duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z operacji wiąże się z utrzymywaniem się dolegliwości. Podwijanie/ odwijanie powieki mogą się nasilać, powodując dalsze drażnienie oka, łzawienie, zapalenie rogówki, owrzodzenie, perforację gałki, pogorszenie widzenia i komfortu życia i trudności w wykonywaniu codziennych czynności.

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)



IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanej OPERACJI PODWINIĘCIA/ODWINIĘCIA* POWIEKI DOLNEJ OKA PRAWEGO/LEWEGO*

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej operacji podwinięcia/odwinięcia* powieki dolnej oka prawego/lewego***.

Oświadczam, że miałem/am wystarczający czas na zapoznanie się z informacją zawartą w niniejszym formularzu, zapoznałem/am się z nią i ją zrozumiałem/am, zrozumiałem/am także wyjaśnienia lekarza, zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a o celu i przebiegu operacji oraz ryzyku powikłań jej wykonania albo możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia, miałem/am możliwość zadawania dodatkowych pytań, na które uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi.

Lekarz poinformował mnie również o tym, że przebieg, ryzyko powikłań oraz efekty operacji nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta.

Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań lekarza po operacji.

Jeżeli ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanej operacji prosimy o ich wpisanie poniżej:

Przed rozpoczęciem operacji udzieliłem/udzieliłam pełnych i prawdziwych informacji na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie:

- mojego stanu zdrowia,
- wszelkiego typu alergii,
- trwającej terapii chorób przewlekłych,
- istnienia/braku ciąży,
- przyjmowanie leków,
- przebytych zabiegów i urazów.

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Prosimy o podanie ewentualnych zastrzeżeń i uwag dotyczących opisanych powyżej informacji:

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanej operacji podwinięcia/odwinięcia* powieki dolnej oka prawego/lewego*.

Zostałem/am poinformowany/a, że udzielona przeze mnie zgoda może być w każdej chwili cofnięta.

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie zaproponowanej operacji podwinięcia/odwinięcia* powieki dolnej oka prawego/lewego*.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia, które obejmują w szczególności:

Uzasadnienie odmowy

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego i ewentualnego wskazania uzasadnienia odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie operacji podwinięcia/odwinięcia powieki dolnej oka prawego/lewego*. Podanie uzasadnienia jest dobrowolne.)*

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



X. Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że:

przedstawiłem/am* pacjentce/pacjentowi planowany sposób leczenia zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną. Udzieliłem/am informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody bądź świadomą odmowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej oraz udzieliłem odpowiedzi na jej/jego pytania. Poinformowałem pacjentkę/pacjenta o negatywnych konsekwencjach niewyrażenia zgody na zaproponowaną operację.

Z uwagi na stan pacjenta powyższe informacje nie zostały mu przekazane*.

data

oznaczenie lekarza udzielającego wyjaśnień
i odbierającego oświadczenie (pieczętka i podpis)

Pacjent nie jest w stanie złożyć oświadczenia o wyrażeniu zgody / odmowie wyrażenia zgody w formie pisemnej z powodu:

Pacjent złożył oświadczenie o wyrażeniu zgody/odmowie wyrażenia zgody* **na przeprowadzenie zaproponowanej operacji podwinięcia/odwinięcia* powieki dolnej oka prawego/lewego*** w następujący sposób:

Oświadczenie zostało złożone w sposób dostatecznie jasny.

data i godzina

czytelny podpis lekarza udzielającego

miejsce na ewentualny podpis osoby trzeciej
obecnej przy składaniu oświadczenia

Uzyskano zgodę sądu opiekuńczego **na przeprowadzenie operacji podwinięcia/odwinięcia* powieki dolnej oka prawego/lewego***.

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza i wskazania przyczyny uzyskania zgody zastępczej, danych sądu, daty i miejsca wydania, sygnatury postanowienia oraz jego zakresu):

data

pieczętka i podpis lekarza