



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 KAPSULOTOMII YAG OKA PRAWEGO / LEWEGO*

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Zaćma wtórna jest to postępujący proces zmętnienia i zwłóknienia torebki tylnej soczewki, który jest naturalną konsekwencją niepowikłanej pęknięciem torebki soczewki operacji usunięcia zaćmy.

Przyczyną zaćmy wtórnej jest nieustanne namnażanie żywych komórek nabłonka soczewki pozostałych w okolicy równika soczewki po usunięciu jej jądra i kory, a których proliferacja prowadzi do włóknienia i zmętnienia torebki soczewki. Częstość występowania zaćmy wtórnej zależy od czasu jaki upłynął od operacji usunięcia zaćmy oraz budowy i materiału wszczepionej sztucznej soczewki.

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

YAG kapsulotomia jest ambulatoryjnym zabiegiem laserowym przeprowadzonym z użyciem lasera neodymowego Nd:YAG **w znieczuleniu kroplowym**, po rozszerzeniu źrenicy i nałożeniu na rogówkę soczewki nagałkowej. Za pomocą skoncentrowanej wiązki lasera neodymowego przecinamy zwłókniałą torebkę tylną soczewki umożliwiając swobodną transmisję światła do tylnego bieguna oka. Zabieg ten jest jednorazowy i trwale usuwa przyczynę pogorszenia widzenia.

Korzyścią po YAG kapsulotomii tylnej jest szybka poprawa ostrości wzroku.

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

III. Zalecenia pozabiegowe

Po YAG kapsulotomii zaleca się stosowanie niesteroidowych kropli przeciwzapalnych przez okres od 7 do 14 dni.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Alternatywą do Yag kapsulotomii tylnej jest kapsulotomia tylna chirurgiczna, ale jest ona obarczona większą ilością

**niepotrzebne skreślić*



możliwych powikłań pooperacyjnych i wymaga hospitalizacji pacjenta w oddziale.

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

Po YAG kapsulotomii tylnej w ciągu pierwszej doby może towarzyszyć pacjentowi uczucie suchego oka, a w ciągu kilku tygodni, może wystąpić przemijające, zwiększone widzenie „mętów przed okiem”.

Powikłania możliwe po zabiegu YAG kapsulotomii tylnej to torbielowaty obrzęk plamki, odłączenie ciała szklistego, z możliwym wtórnym odwarstwieniem siatkówki, przemieszczenie implantu do komory ciała szklistego, przemijający wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego oraz zapalenie wnętrza gałki ocznej.

Ograniczona współpraca pacjenta, stan po powikłanej operacji usunięcia zaćmy, przebyte wewnątrzgałkowe procesy zapalne są czynnikami zwiększającymi ryzyko możliwych powikłań.

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

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

Ryzyko operacji oceniane na podstawie skali np.: POSSUM _____

Dla zabiegów „małych” Ryzyko powikłań ☒ małe ☐ średnie ☐ duże

VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Po wykonanej kapsulotomii tylnej YAG w ciągu kilku minut / godzin dochodzi do poprawy ostrości wzroku o ile zaćma wtórna jest jedyną przyczyną jej ograniczenia. Powikłaniem odległym jest dyslokacja sztucznej soczewki czy torbielowaty obrzęk plamki żółtej.

Ryzyko odległych powikłań ☒ małe ☐ średnie ☐ duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Zaniechanie wykonania zabiegu niesie za sobą konsekwencję w postaci pogarszającej się ostrości wzroku.

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



IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanej KAPSULOTOMII YAG OKA PRAWEGO / LEWEGO*

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej kapsulotomii YAG 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 kapsulotomii YAG 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 kapsulotomii YAG YAG 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 kapsulotomii YAG. 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 kapsulotomii YAG oka prawego/lewego*** w następujący sposób:

Oświadczenie zostało złożone w sposób dostatecznie jasny.

data i godzina

oznaczenie lekarza odbierającego
oświadczenie (pieczętka i podpis)

miejsce na ewentualny podpis osoby trzeciej
obecnej przy składaniu oświadczenia

Uzyskano zgodę sądu opiekuńczego **na przeprowadzenie kapsulotomii YAG 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