



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 TRABEKULOPLASTYKI LASEROWEJ (ALT/SLT) OKA PRAWEGO / LEWEGO*

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Jaskra pierwotna otwartego kąta i jaskra wtórna otwartego kąta jest postępującą neuropatią nerwu wzrokowego, do której może dochodzić na skutek między innymi zwiększonego ciśnienia wewnątrzgałkowego oraz nadciśnienie oczne.

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

Celem laserowej trabekuloplastyki jest zwiększenie łatwości odpływu cieczy wodnistej przez struktury kąta przesączania i w efekcie redukcji ciśnienia wewnątrzgałkowego.

Zabieg wykonywany jest ambulatoryjnie, **w znieczuleniu kroplowym** po założeniu soczewki nagąłkowej przy użyciu lasera argonowego lub Nd:YAG. Zogniskowaną wiązką lasera dokonuje się aplikacji energii na beleczkowanie kąta przesączania obejmując od 180 do 360 stopni jego obwodu.

Oczekiwana korzyścią zabiegu jest normalizacja ciśnienia wewnątrzgałkowego i w efekcie ograniczenie lub zaprzestanie stosowania leków przeciwjaskrowych.

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

III. Zalecenia pozabiegowe

Po zabiegu zaleca się stosowanie leków przeciwzapalnych w postaci kropli ocznych na okres od 7 do 14 dni.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Alternatywą od ALT/SLT jest farmakoterapia miejscowa lub inne techniki chirurgiczne leczenia jaskry.



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

Możliwe powikłania po zabiegu trabekuloplastyki laserowej to przejściowy lub trwały wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego, zapalenie błony naczyniowej z wtórnymi zrostami w obrębie kąta przesączania, krwawienie do komory przedniej i obrzęk rogówki.

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

Skuteczność ALT / SLT oceniamy po około 4-6 tygodniach od zabiegu. U 80 % pacjentów uzyskuje się redukcję ciśnienia wewnątrzgałkowego na czas od 6 do 12 miesięcy. Wraz z upływem czasu efekt po zabiegu słabnie. W przypadku SLT możliwe jest ponowne wykonanie trabekuloplastyki ale jej efekt może się utrzymywać krócej.

Ryzyko odległych powikłań ☒ małe ☐ średnie ☐ duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z ALT/SLT wymaga stosowania alternatywnych technik leczenia nadciśnienia ocznego lub jaskry pierwotnej otwartego kąta.

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



IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanej TRABEKULOPLASTYKI LASEROWEJ (ALT/SLT) OKA PRAWEGO / LEWEGO*

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat proponowanej **trabekuloplastyki laserowej (ALT/SLT) 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 **trabekuloplastyki laserowej (ALT/SLT) 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 **trabekuloplastyki laserowej (ALT/SLT) 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 trabekuloplastyki laserowej (ALT/SLT). 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 trabekuloplastyki laserowej (ALT/SLT) 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 trabekuloplastyki laserowej (ALT/SLT) 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