



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 PTOZY OKA PRAWEGO / LEWEGO*

I. Opis choroby będące powodem kwalifikacji do operacji

Opadnięcie powieki, czyli ptoza (łac. *ptosis palpebrae*), dotyczy wyłącznie powieki górnej (*blepharoptosis*). Polega na zmniejszeniu wysokości szpary powiekowej po stronie chorej. Prawidłowo brzeg rzęсовy powieki górnej u osoby dorosłej umiejscowiony jest 1,5 mm poniżej najwyższego punktu rąbka rogówki. U pacjentów z opadnięciem powieki znajduje się niżej i może przysłaniać źrenicę.

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

Leczenie opadnięcia powieki górnej jest chirurgiczne. Wybór metody zależy przede wszystkim od tego, czy u pacjenta zachowana jest czynność mięśnia dźwigacza powieki i czy wcześniej był już operowany. Wykonuje się skrócenie rozciągniętego dźwigacza, resekcję mięśnia Mullera lub podwieszenie powieki na taśmie.

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 metody nieoperacyjne, takie jak zabiegi laserowe, radiofrekwencja czy nici liftingujące. Metody te mogą poprawić napięcie skóry, ale nie usuwają nadmiaru tkanki w sposób trwały i mają ograniczoną skuteczność w porównaniu z blefaroplastyką.

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. 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 wyglądu i funkcji powiek. Efekt estetyczny 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



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Rezygnacja z operacji wiąże się z utrzymywaniem się dolegliwości estetycznych i/lub funkcjonalnych. Nadmiar skóry powiek i przepukliny tłuszczowe mogą się nasilać, powodując dalsze zawężenie pola widzenia, pogorszenie 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 PTOZY OKA PRAWEGO / LEWEGO*

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **operacji ptozy 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:



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanej operacji ptozy 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 ptozy 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 ptozy 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 ptozy 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 ptozy 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

czytelny podpis lekarza