Imię i nazwisko ……

Nr Historii choroby …….

Data urodzenia/PESEL ……..

1. **<u>Informacja dla pacjenta</u>**

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań stwierdzono u Pani/Pana:
…….

Powyższe rozpoznanie jest wskazaniem do operacji WITREKTOMII *

☐ **Z PODANIEM OLEJU SYLIKONOWEGO/ GAZU/ POWIETRZA***

☐ **Z USUNIĘCIEM ZAĆMY**

☐ **Z WSZCZEPEM SZTUCZNEJ SOCZEWKI WEWNĄTRZGAŁKOWEJ**

☐ **USUNIĘCIE OLEJU SILIKONOWEGO/WYMIANA OLEJU SILIKONOWEGO**

<u>*Zabieg dotyczy: oko prawe □ oko lewe □</u>

*(*zakreśla lekarz)*

Czym jest witrektomia?

Witrektomia jest to operacja oka polegająca na usunięciu zmienionego chorobowo ciała szklistego, które ma negatywny wpływ na stan siatkówki i pośrednio może być odpowiedzialne za złe widzenie. Zabieg ten wykonywany jest ze ściśle określonych wskazań, gdzie inne metody leczenia są niewystarczające.

Po usunięciu ciała szklistego, które wypełnia wnętrze oka, zastępuje się je płynem, gazem lub olejem silikonowym (w zależności od rodzaju schorzenia i przebiegu operacji). W czasie operacji może być konieczne użycie lasera lub podanie leków do ciała szklistego. Podczas zabiegu operacyjnego może być usunięta soczewka własna i wszczepiona sztuczna, lub w pewnych określonych warunkach oko pozostanie bez soczewki.

Czas trwania zabiegu może wynieść od 1 do 3 godzin.

Poprawa widzenia po zabiegu jest stopniowa i zależy głównie od stanu siatkówki.

Po zabiegu może być także konieczne utrzymywanie głowy w określonej pozycji przez kilka dni (np. przez leżenie na brzuchu).

W przypadku podania oleju silikonowego może być konieczne w przyszłości ponowne wykonanie zabiegu witrektomii w celu usunięcia lub wymiany oleju silikonowego.

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.

2. Powikłania, które mogą wystąpić po zabiegu:

W wyniku operacji lub miejscowego znieczulenia okołogałkowego możliwe jest pogorszenie widzenia.
W rzadkich przypadkach może dojść do utraty widzenia lub zmian, które mogą prowadzić do zaniku gałki ocznej.
Powikłania mogą wystąpić w różnym czasie po operacji: tygodnie, miesiące, a nawet lata po zabiegu.

a) Powikłania witrektomii:
- Przedarcie siatkówki;
- Odwarstwienie siatkówki;
- Zaćma;
- Krwotok do wnętrza gałki ocznej;
- Jaskra;
- Nawracające ubytki nabłonka;
- Opadające powieki;
- Zapalenie wnętrza gałki ocznej;

W wyniku powikłań może dojść do utraty widzenia w oku operowanym.

b) Powikłania związane z obecnością oleju silikonowego w gałce ocznej:
- Jaskra;
- Zaćma;
- Zwyrodnienie taśmowate rogówki;

Leczenie operacyjne będzie wymagało *:

☐ Ogólnego znieczulenia (*zgoda na znieczulenie ogólne stanowi odrębny dokument)*

☐ Miejscowego znieczuleniu

☐ Podania środków uspakajających

*(*zakreśla lekarz)*

3. Alternatywne metody leczenia:

……
……

Pytania pacjenta:……..
……..

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.

Oświadczenie pacjenta:
Podpisując zgodę jednocześnie oświadczam, że przeczytałem/przeczytałam tekst dokumentu „Świadoma zgoda pacjenta na zabieg witrektomii" lub został mi on przeczytany i w pełni go rozumiem. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku podania oleju silikonowego do gałki ocznej może być konieczne w przyszłości wykonanie zabiegu usunięcia lub wymiany oleju silikonowego.
Oświadczam, że zostałem poinformowany o innych, alternatywnych metodach leczenia.

Wyrażam zgodę na zabieg i leczenie opisane w tym formularzu.

Zgadzam się również na nieplanowane rozszerzenie zakresu zabiegu operacyjnego i przyjmuję do wiadomości, że wszelkie dodatkowe zabiegi oprócz wymienionych w formularzu zostaną przeprowadzone jedynie po to, by uratować mi życie lub zapobiec poważnemu zagrożeniu mego zdrowia.

Podpis pacjenta…… data……...

Podpis i pieczątka lekarza…….. data……...

Ważne punkty dodatkowe:

☐Pacjent nie wyraził zgody na zabieg /wycofał zgodę.

Podpis pacjenta……. data……...

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.