*(*niepotrzebne skreślić)*

Imię i nazwisko .....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego .....

Data urodzenia/PESEL .....

INFORMACJA DLA PACJENTA/PACJENTKI

1. Rodzaj schorzenia i wskazania do wykonania zabiegu

Zaćma to zmętnienie soczewki prowadzące do znacznego pogorszenia widzenia. Leczenie zaćmy jest zawsze operacyjne, nieleczona zaćma prowadzi do dalszego pogorszenia widzenia czasem aż do całkowitego zaniewidzenia. U większości (90–95%) pacjentów wykonanie operacji usunięcia zaćmy poprawia wyraźnie ostrość wzroku. U chorych, u których współistnieją choroby dodatkowe np. zaawansowana jaskra, niedowidzenie, retinopatia cukrzycowa, zwyrodnienie siatkówki poprawa ostrości wzroku może być jedynie częściowa lub nawet nie wystąpić wcale.

2. Przebieg operacji

Operacja przeprowadzana jest w znieczuleniu miejscowym. Operator używa mikroskopu operacyjnego oraz urządzenia o nazwie fakoemulsyfikator. Urządzenie zostaje wprowadzone do przedniej części oka przez kilkumilimetrowe nacięcie. Za pomocą ultradźwięków (drgań fakoemulsyfikatora) rozdrabnia się zmętniałą soczewkę i usuwa ją. Na miejsce własnej soczewki wszczepiona zostaje sztuczna, która pozostaje w oku na stałe.

Sztuczna soczewka wewnątrzgałkowa

Zabieg wszczepienia sztucznej soczewki powoduje zmianę własności układu optycznego oka i skutkuje koniecznością zmiany korekcji okularowej.

Przy wszczepieniu soczewki standardowej – jednoogniskowej konieczne będzie stosowanie okularów do bliży (do czytania), przy czym istnieje możliwość wyboru przez Panią/Pana dwóch opcji:

1. Chodzenie na co dzień w okularach, a czytanie bez okularów;
2. Chodzenie bez okularów, a czytanie w okularach (zwykle stosowane).

Pomimo zachowania szczególnej staranności zdarza się, że po operacji zaćmy mogą być potrzebne okulary do uzupełnienie mocy soczewki wszczepionej do dali i do bliży. Dzieje się to, ponieważ wszczepiana soczewka może przesuwać się do tyłu lub ku przodowi w okresie pooperacyjnym. Ostrość wzroku stabilizuje się zazwyczaj od 1- 2 miesięcy po operacji i wtedy wskazana jest wizyta kontrolna w Podani Okulistycznej celem doboru okularów.

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.

Wszczepienie soczewki niestandardowej – dwuogniskowej, wieloogniskowej (dającej dobre widzenie do dali i bliży bez użycia okularów) w chwili obecnej nie jest możliwe w ośrodkach, gdzie zabieg operacji zaćmy finansowany jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

3. Powikłania zabiegu usunięcia zaćmy (fakoemulsyfikacji).

Żaden zabieg operacyjny nie jest wolny od ryzyka.

Powikłania pooperacyjne:

- **Wylew podspojówkowy** - zaczerwienienie oka po zabiegu związane z pęknięciem naczyń spojówki.
- **Obrzęk rogówki** – dość częste powikłanie; zamglone widzenie na ogół przez kilka dni spowodowane złym stanem rogówki przed zabiegiem lub bardzo twardą, zaawansowaną zaćmą.
- **Odczyn zapalny** - szczególnie u osób chorych na cukrzycę oraz cierpiących na inne choroby zapalne – wymaga leczenia przeciwzapalnego.
- **Zapalenie wnętrza gałki ocznej** - powikłanie bardzo rzadkie, ale z poważnym rokowaniem, wymaga intensywnego leczenia z wykonywaniem zabiegu witrektomii włącznie. Objawia się pogorszeniem widzenia, znacznym zaczerwienieniem oka i jego bolesnością.
- **Krwotok wypierający** (krwotok do przestrzeni nadnaczyniówkowej) – powikłanie bardzo rzadkie, ale z poważnym rokowaniem, wymaga intensywnego leczenia z wykonywaniem zabiegu witrektomii włącznie.
- **Przemieszczenie soczewki** - powikłanie rzadkie, ale z poważnym rokowaniem, wymaga leczenia operacyjnego. Objawia się pogorszeniem widzenia.
- **Obrzęk torbielowaty plamki** - Jest to związany z zabiegiem obrzęk siatkówki w miejscu najlepszego widzenia. U większości chorych ustępuje on w ciągu kilku tygodni po operacji samoistnie lub po leczeniu zachowawczym.
- **Zaćma wtórna** - przymglenie naturalnej torebki soczewki pacjenta występujące od kilku tygodni do kilku lat po zabiegu – wymaga laserowej korekcji - Yag kapsulotomii.
- **Odwarstwienie siatkówki** - powikłanie rzadkie, ale z poważnym rokowaniem, wymaga intensywnego leczenia z wykonywaniem zabiegu witrektomii włącznie.

4. Alternatywne metody leczenia

Nie istnieją alternatywne metody leczenia.

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.

*(*niepotrzebne skreślić)*

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez lekarza ..... w sposób wyczerpujący i niebudzący moich wątpliwości o celu, rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu operacyjnego oraz możliwych do przewidzenia wiążących się z nim ryzykach dla zdrowia i życia, w tym ryzykach rzadko występujących, innych możliwych metodach leczenia, jak również o efekcie, jakiego mogę się spodziewać, jeżeli zabieg operacyjny przebiegać będzie bez zakłóceń, jak również w przypadku, gdy w trakcie zabiegu operacyjnego pojawią się okoliczności nieprzewidziane.

Oświadczam, że udzieliłem/am pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, w tym informacji o chorobach przewlekłych, przebiegu dotychczasowego leczenia i przyjmowanych lekach.

Stwierdzam, że uzyskałem/am wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Zapoznałem/am się i zrozumiałem/am informacje zawarte w niniejszej zgodzie. Oświadczam, że jestem wystarczająco poinformowana/ny. Rozumiem ryzyko związane z tym zabiegiem operacyjnym i zgadzam się na jego wykonanie. Jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualną zmianę pierwotnie ustalonego zakresu zabiegu operacyjnego polegającą na jego zmniejszeniu lub rozszerzeniu, jeśli będzie to uzasadnione wystąpieniem nieprzewidzianych okoliczności lub koniecznością dostosowania jego zakresu do stwierdzonych śródoperacyjnie zmian chorobowych.

Wyrażam zgodę na wykonanie OPERACJI ZAĆMY (fakoemulsyfikacji).

Data i godzina oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data i godzina. Podpis oraz pieczątka lekarza	

Sprzeciw pacjenta

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny. Zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Data i godzina oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data i godzina, podpis oraz pieczątka lekarza	

Podpisanie formularza przez pacjentkę/pacjenta nie jest możliwe z powodu:

.....

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.