

**INFORMACJA DLA PACJENTA
FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG DIAGNOSTYCZNY LUB
TERAPEUTYCZNY STWARZAJĄCY PODWYŻSZONE RYZYKO DLA PACJENTA**

KAPSULOTOMIA LASEROWA

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:.....

PESEL:.....

• **RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO ZABIEGU**

Istotne klinicznie **zmętnienie torebki tylnej** jest najczęstszym, późnym powikłaniem po niepowikłanej operacji zaćmy. Oprócz obniżenia ostrości wzroku zmętnienie to może powodować obniżenie czułości na kontrast, olśnienie i podwójne widzenie w jednym oku.

Leczenie obejmuje wytworzenie otworu w zmętniałej torebce laserem Nd: YAG.

Wskazania do kapsulotomii są następujące:

- Obniżona ostrość wzroku
- Dwojenie bądź olśnienia wtórne do pomarszczenia torebki
- Utrudniony wgląd w dno oka uniemożliwiający diagnostykę, monitorowanie lub leczenie chorób siatkówki

Obkurczenie torebki przedniej w wyniku jej zwłóknienia określane jako capsulophimosis jest jednym z najczęściej występujących powikłań po operacji zaćmy. Pojawia się ono kilka tygodni po operacji i postępuje w ciągu około 3 miesięcy, w ciężkich przypadkach wymaga wykonania kapsulotomii przedniej laserem Nd: YAG.

• **PRZYGOTOWANIE DO ZABIEGU**

Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym, polegającym na kilkukrotnym podaniu kropli znieczulających proparakainy do worka spojówkowego.

• **PRZEBIEG ZABIEGU**

W pozycji siedzącej pacjenta przed lampą szczelinową zintegrowaną z laserem Nd:YAG wykonuje się serię otworków w torebce tylnej lub przecina się brzeg torebki przedniej.

MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

- Uszkodzenie sztucznej soczewki może nastąpić w wyniku niedokładnego zogniskowania wiązki lasera. Ślady lasera na soczewce, choć niepożądane, nie zaburzają ostrości wzroku ani tolerancji sztucznej soczewki.
- Torbielowaty obrzęk plamki jest rzadkim powikłaniem i może się rozwinąć po miesiącach od wykonania kapsulotomii. Częstość jego występowania maleje, gdy okres od usunięcia zaćmy do laserowej kapsulotomii jest dłuższy niż 6 miesięcy.
- Przedarciowe odwarstwienie siatkówki jest rzadkim powikłaniem z wyjątkiem pacjentów z wysoką krótkowzrocznością, może wystąpić kilka miesięcy po kapsulotomii.
- Wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego, ostry lub przewlekły, występuje rzadko
- Przesunięcie do tyłu lub podwichnięcie sztucznej soczewki jest rzadkim powikłaniem.
- Przewlekłe zapalenie wnętrza gałki ocznej spowodowane uwolnieniem mikroorganizmów z torebki do komory ciała szklonego jest bardzo rzadkie.

ALTERNATYWNE SPOSOBY POSTĘPOWANIA

Kapsulotomia laserowa zastąpiła chirurgiczną kapsulotomię, gdyż jest procedurą o niskim poziomie ryzyka. Jednak wciąż istnieją sytuacje kliniczne, w których wykonuje się kapsulotomię chirurgiczną:

- w czasie innych zabiegów chirurgicznych
- przymglenie rogówki
- pacjent niemogący siedzieć prosto z powodu zaburzeń ruchowych
- pacjent niewspółpracujący

Prosimy aby Pan/Pani zapytała nas o wszystko co chciałaby Pan/Pani wiedzieć w związku z planowanym badaniem. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pana/Pani pytania.

ZASTRZEŻENIA PACJENTA CO DO PROPONOWANEGO BADANIA

6. OŚWIADCZENIE PACJENTA

W pełni zrozumiałem/am informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób dla mnie zrozumiały i nie budzący żadnych wątpliwości. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem

.....spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat dających się przewidzieć następstwach zastosowania wspomnianego wyżej badania albo ewentualnych skutkach jego zaniechania w przypadku mojego schorzenia. Znane mi są możliwe powikłania związane z tym badaniem.

**Bez zastrzeżeń
(lub z powyższymi zastrzeżeniami)
wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenie u mnie**

Data pieczętka i podpis lekarza

czytelny podpis pacjenta

czytelny podpis uprawnionego opiekuna*

Nie zgadzam się na proponowane mi

Zostałem/am w pełni poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Data pieczętka i podpis lekarza

czytelny podpis pacjenta

czytelny podpis uprawnionego opiekuna*

UWAGA:

*** W przypadku osób do 16-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny. W przypadku osób w wieku od 16-go roku życia do 18-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny oraz pacjent.**