

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

**Laserokoagulacja siatkówki**

**IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:**.....

**PESEL:**.....

**1. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO ZABIEGU**

Wskazaniami do laserokoagulacji są:

- fotokoagulacja ogniskowa i typu grid w **makulopatii cukrzycowej** z klinicznie znamienym obrzękiem plamki,
- rozsziana terapia całej siatkówki mająca na celu zniszczenie obszarów niedokrwionej tkanki i eliminację nieprawidłowych naczyń siatkówki w chorobach proliferacyjnych takich jak **retinopatia cukrzycowa proliferacyjna, choroby zamknięcia naczyń,**
- zamknięcie śródsiatkówkowych nieprawidłowości naczyniowych jak: mikroaneuryzmaty, teleangiektazje i okołonaczyniowy przeciek,
- koagulacja obszarów siatkówki otaczających **otwory, zwyrodnienia obwodowe lub ograniczone odwarstwienie siatkówki,**
- ogniskowa koagulacja neowaskularyzacji naczyńkówkowych związanych z **AMD, wysoką krótkowzrocznością , zespołem ocznej histoplazmozy**
- ogniskowa koagulacja przecieku w przebiegu **centralnej surowiczej chorioretinopatii.**

**2. PRZYGOTOWANIE DO ZABIEGU**

Zabieg wykonuje się w znieczuleniu kroplowym w lampie szczelinowej.  
Po znieczuleniu oka lekarz zakłada soczewkę kontaktową do laseroterapii.

**3. PRZEBIEG ZABIEGU**

W trakcie zabiegu laserowego pacjent patrzy na światło lampki fiksacyjnej, nie rusza okiem. Fotokoagulacja laserowa polega na zastosowaniu silnego źródła światła w celu koagulacji tkanki.

**4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ**

Podobnie jak w innych procedurach chirurgicznych fotokoagulacja może wiązać się z powikłaniami.:

- przypadkowa koagulacja plamki,
- oparzenie rogówki,
- zmętnienie soczewki,
- uszkodzenie termiczne nerwów rzęskowych,
- odłączenie naczynówki,
- zapalenie naczynówki,
- obrzęk siatkówki,
- wzrost ciśnienia śródgałkowego
- neowaskularyzacja naczynówki.

**5. ALTERNATYWNE SPOSOBY POSTĘPOWANIA**

- w makulopatii cukrzycowej z klinicznie znamienym obrzękiem plamki laseroterapia siatkówki jest metodą z wyboru ponieważ zmniejsza ryzyko spadku ostrości wzroku o 50%.  
Inne metody leczenia :
- doszklistowe podanie triamcynolonu jest metodą leczenia rozlanego obrzęku plamki jako pierwsze leczenie lub jeżeli nie ma poprawy po wcześniejszej fotokoagulacji
- witrektomia tylna w obrzęku plamki z obecnością trakcji,
- krioterapia obwodowej siatkówki w retinopatii cukrzycowej proliferacyjnej kiedy fotokoagulacja laserowa jest niemożliwa z powodu utrudnionego wglądu w dno oka.

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 LECZENIA**

## 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 leczenia albo ewentualnych skutkach jego zaniechania w przypadku mojego schorzenia. Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.

**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.**