



OŚWIADCZENIE ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG KAPSULOTOMII / IRYDOTOMII

Kapsulotomia, czyli przecięcie tylnej torebki soczewki za pomocą lasera YAG w zaćmie wtórnej. Jednym z powikłań po prawidłowo przeprowadzonej operacji zaćmy jest zmętnienie torby tylnej soczewki, co powoduje spadek ostrości wzroku. Zabieg polega na wytworzeniu za pomocą światła lasera małego otworu w centrum torebki za sztuczną soczewką. Decyzję o wykonaniu zabiegu laserowego podejmuje się na podstawie oceny potencjalnego ryzyka i korzyści wynikających z zabiegu. Istotną korzyścią wykonania kapsulotomii jest poprawa ostrości wzroku, wrażliwości na kontrast, wglądu w dno oka i zmniejszenie oślnienia, będących skutkiem zmętnienia torebki tylnej.

Przebieg zabiegu:

Przed zabiegiem badana jest ostrość wzroku pacjenta oraz mierzone jest ciśnienie wewnątrzgałkowe. Podawane są krople znieczulające oraz krople rozszerzające źrenice, których działanie utrzymuje się do 3 godzin po podaniu (w tym czasie odradza się kierowanie pojazdami).. Lekarz wykonuje laserem niewielki otwór w tylnej torbie soczewki. **Podczas zabiegu pacjent powinien siedzieć nieruchomo, każde poruszenie głową czy okiem może spowodować nieodwracalne uszkodzenie tkanek w oku.** Podczas zabiegu przed okiem widoczne są błyski światła. Bezpośrednio po zabiegu widzenie może być niewyraźne, widoczne mogą być również drobne punkty (męty) w polu widzenia. Przez tydzień po zabiegu konieczne jest podawanie kropli przeciwzapalnych oraz kontrola ciśnienia wewnątrzgałkowego.

Możliwe powikłania:

Ryzyko zabiegu wiąże się z rzadkimi, ale możliwymi powikłaniami, takimi jak wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego, torbielowaty obrzęk plamki, odwarstwienie siatkówki, przemieszczenie się wszczepionej sztucznej soczewki.

Irydotomia laserowa IRT jest zabiegiem w jaskrze z wąskim, zamykającym się kątem przesączania. Wykonuje się ją w oczach, w którym zagraża całkowite zamknięcie się kąta przesączania, co może doprowadzić do ostrego ataku jaskry, połączonego z bardzo wysokim ciśnieniem w oku. Wykonanie zabiegu IRT korzystnie wpływa na morfologię przedniego odcinka oka u pacjentów z wąskim kątem przesączania. Wyrównując ciśnienia panujące w przedniej i tylnej komorze oka, zapobiega rozwojowi bloku źrenicznego.

Przebieg zabiegu:

Przed zabiegiem podawane są krople znieczulające oraz krople rozszerzające źrenice, których działanie utrzymuje się do 3 godzin po podaniu (w tym czasie odradza się kierowanie pojazdami). Lekarz nakłada specjalną soczewkę na oko, na którą uprzednio nałożono specjalny żel. Na obwodzie tęczęwki wykonuje się otwór – procedura trwa zaledwie kilka sekund. **Podczas zabiegu pacjent powinien siedzieć nieruchomo, każde poruszenie głową czy okiem może spowodować nieodwracalne**



uszkodzenie tkanek w oku. Po wykonanym laserze pacjent pozostaje w obserwacji przez 15-20 minut celem wykonania kontrolnego pomiaru ciśnienia.

Możliwe powikłania:

Ryzyko zabiegu wiąże się z rzadkimi, ale możliwymi powikłaniami, takimi jak wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego, erozja nabłonka rogówki lub stan zapalny powierzchni oka, rozwój zaćmy, jaskra złośliwa.

OŚWIADCZENIE PACJENTA:

Ja niżej podpisany,

Zostałem poinformowany o celu i skutkach zabiegu, który zostanie wykonany, jak również o możliwych powikłaniach. Mam świadomość, że podczas zabiegu należy siedzieć nieruchomo i patrzeć na wskazany punkt. Nie wolno poruszać głową i okiem. Poruszenie się może spowodować nieodwracalne uszkodzenie tkanek oka.

Wyrażam zgodę na zabieg laserowy mojego prawego/lewego oka – kapsulotomię laserem YAG / irydotomię laserową IRT.

Wyrażam również zgodę na inne procedury medyczne, które mogą być konieczne do wykonania w trakcie procesu diagnostycznego i zabiegu, jak również na zastosowanie miejscowo działających środków anestetycznych.

Miałem (-am) możliwość zadawania pytań dotyczących zabiegu i uzyskałem (-am) na nie wyczerpujące odpowiedzi.

Data, czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego wypełniającego ankietę:

.....
(data)

.....
(podpis)

OŚWIADCZENIE LEKARZA PRZEPROWADZAJĄCEGO ZABIEG:

Potwierdzam, że pacjent został poinformowany o planowanym zabiegu, technice wykonania oraz powikłaniach mogących powstać w wyniku wykonywanego zabiegu.

Data, pieczętka i podpis lekarza:

.....
(data)

.....
(pieczętka, podpis)