COSMO CHIRURGIA

tel: + 385 1 4873 023
e-mail: info@cosmochirurgia.hr
Adresa: Gradišćanska 34, 10 000 Zagreb

INFORMIRANI PRISTANAK ZA OFTALMOKIRURŠKI ZAHVAT

Ime pacijenta: _____

Adresa stanovanja: _____

Datum rođenja: _____

OIB: _____

Obaviješten/a sam da mi je preporučen sljedeći operativni zahvat:

FAKOEMULZIFIKACIJA KATARAKTE S UGRADNJOM INTRAOKULARNE LEĆE

Ovim potvrđujete da ste dobili sva potrebna objašnjenja o stanju Vašeg oka, mogućnostima liječenja te mogućim ishodima liječenja. Također potvrđujete da ste dobili preporuke o režimu kojeg se trebate pridržavati tijekom i nakon liječenja odnosno operativnog zahvata.

Potvrđujete da razumijete kako konačni ishod medicinskog zahvata uvelike ovisi o individualnim fiziološkim karakteristikama organizma i procesima cijeljenja te se ne može u potpunosti predvidjeti prije ni tijekom liječenja.

Upozoren(a) sam na moguće komplikacije tijekom operacije i u postoperativnom razdoblju, pri čemu se ozbiljne komplikacije javljaju u manje od 2 % slučajeva. Moguće komplikacije, ovisno o zdravstvenom stanju pacijenta, uključuju: ekspulzivno krvarenje, uveitis, endoftalmitis, prolazni ili trajni edem rožnice, dislokaciju prirodne ili intraokularne leće u staklovinu, odvajanje stražnje staklovine, povišenje očnog tlaka, alergijske reakcije, pupilarni blok, privremenu suhoću oka, ablaciju mrežnice, hipotoniju oka, rupturu mrežnice, abraziju rožnice, ptozu, ožiljkavanje, diplopiju, poremećaj cirkulacije u oku, pogoršanje vida, sljepoću, gubitak oka te cistoidni edem makule.

Osim navedenih, postoje i druge moguće komplikacije koje mi je oftalmolog usmeno objasnio tijekom preoperativnog razgovora. Ako se tijekom zahvata pojavi nepredviđena ili hitna situacija, liječnik može poduzeti dodatne medicinske postupke ili provesti dodatne operativne zahvate. Svaki operativni zahvat, medicinski postupak i primjena anestezije nose rizik od neuspješnog ishoda, komplikacija, ozljeda ili, u iznimno rijetkim slučajevima, smrti, bilo zbog poznatih bilo zbog nepredviđenih uzroka.

Imam pravo dati ili uskratiti pristanak na bilo koji predloženi operativni zahvat ili medicinski postupak.

Obaviješten(a) sam i razumijem da se očekivani ishod liječenja možda neće u potpunosti postići te da, prema potrebi, može biti potrebno dodatno liječenje radi postizanja najboljeg mogućeg rezultata.

COSMO
CHIRURGIA

tel: + 385 1 4873 023
e-mail: info@cosmochirurgia.hr
Adresa: Gradišćanska 34, 10 000 Zagreb

Pristajem na sve preglede i specijalističke konzultacije koje tijekom liječenja mogu biti potrebne.

Obvezujem se obavijestiti liječnika i anesteziologa o svim svojim bolestima, ranijim operacijama, lijekovima koje uzimam te svim poznatim alergijama.

Razumijem da, radi postizanja najboljeg mogućeg rezultata liječenja, moram slijediti sve upute, preporuke i savjete oftalmologa.

Svjestan(a) sam da postoje i druge zdravstvene ustanove u kojima mogu ostvariti liječenje svog očnog stanja, kao i alternativne metode liječenja, te da sam nakon dobivenih informacija slobodno odlučio/odlučila prihvatiti predloženi operativni zahvat.

Potvrđujem da:

- pročitao/pročitala sam i razumio/razumjela informacije navedene u ovom obrascu;

- liječnik mi je objasnio prirodu operativnog zahvata i/ili anestezije, njihove koristi, moguće rizike, alternativne mogućnosti liječenja te druge važne informacije;

- imao/imala sam dovoljno vremena i priliku postaviti pitanja o svom zdravstvenom stanju, predloženom zahvatu, mogućim alternativama te povezanim rizicima i posljedicama, a na sva postavljena pitanja dobio/dobila sam zadovoljavajuće odgovore.

Potpisivanjem ovog obrasca informiranog pristanka potvrđujem da sam ga pročitao/pročitala, da sam ga u cijelosti razumio/razumjela te da sam upoznat(a) s prirodom zahvata, njegovim očekivanim koristima, mogućim rizicima i komplikacijama.

Odluka o podvrgavanju ovom operativnom zahvatu donesena je slobodno, bez prisile ili neprimjerenog utjecaja drugih osoba.

Potpis pacijenta (ili zakonskog skrbnika): _____

Potpis liječnika: _____

Mjesto i datum: _____

Ovaj obrazac informiranog pristanka potpisao je pacijent (ili njegov zakonski zastupnik) nakon što mu je pruženo odgovarajuće usmeno objašnjenje.

Pacijent je razumio pružene informacije te je dao informirani pristanak za predloženi operativni zahvat.