

Pisana obavijest o kirurškom liječenju strabizma

U skladu s člancima 6, 8, 9 i 16. Zakona o zaštiti prava pacijenata (NN 169/04, 37/08), člankom 22. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18, 125/19, 147/20), člankom 19. Zakona o liječništvu (NN 121/03, 117/08), Pravilnika o obrascu suglasnosti i obrascu izjave o odbijanju pojedinog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka (NN 10/08) te Pravilnika o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove (NN 92/19), liječnik specijalist

(ime i prezime specijalista)

obavijestio je mene: _____

(ime i prezime pacijenta, datum rođenja, adresa stanovanja)

o dijagnostičkom, odnosno terapijskom postupku te da postoje dobrobiti, rizici i moguće komplikacije koji mogu nastati tijekom i nakon izvođenja istog.

<p>NAZIV I OPIS POSTUPKA: KIRURŠKO LIJEČENJE STRABIZMA</p> <p>Strabizam ili škiljavost je stanje kod kojega postoji poremećaj u položaju a nekad i sinkroniziranoj pokretljivosti oba oka. Nakon preciznih preoperativnih proračuna (mjerjenja kutova bježanja oka) izvodi se zahvat na mišiću ili više mišića koji pokreću oko.</p> <p>Operacija strabizma se izvodi u općoj anesteziji i traje, ovisno o zahtjevnosti zahvata, od jedan do dva sata. Kako bi se postigao željeni položaj oka, zahvatom je potrebno oslabiti ili ojačati mišić što se postiže pomicanjem hvatišta mišića, skraćivanjem, rascjepljivanjem ili stvaranjem dvostrukog hvatišta mišića. Operacijom strabizma pacijentu se olakšava držanje oba oka u istoj ravnini. U većini slučajeva postiže se potpuno izlječenje.</p>	
<p>DOBROBITI :</p> <p>Postavljanje oka u željeni položaj kako ne bi došlo do eventualne pojave slabovidnosti, a u slučaju paralize mišića omogućiti oku pokretljivost kako bi se izbjegle moguće dvoslike.</p>	
<p>RIZICI I MOGUĆE KOMPLIKACIJE:</p> <p>U ranom postoperativnom razdoblju uobičajen je osjećaj nelagode i osjetljivosti na svjetlo. Potrebno je oko dva tjedna do mjesec dana da rana u cijelosti zaraste i oko opet postane potpuno bijelo.</p> <p>U razdoblju do mjesec dana nakon operacije primjenjuje se propisana terapija kapljicama. U tom razdoblju preporuča se izbjegavanje težih fizičkih napora, boravak u prljavom i zadimljenom prostoru te kupanje u bazenu.</p>	
<p>ZAMJENSKI POSTUPCI :</p> <p>Nema zamjene za preporučeni postupak.</p>	
<p>Potpis i faksimil odgovornog doktora medicine za obavljanje postupka :</p>	<p>Datum i vrijeme:</p>

IZJAVA O OBAVIJEŠTENOSTI

Svojim potpisom potvrđujem da sam detaljno upoznat/a s koristima i rizicima postupka, s drugim dijagnostičkim odnosno terapijskim mogućnostima, da sam razumio/la pročitano te da sam mogao/la postaviti pitanja liječniku u svrhu razjašnjavanja nejasnoća. Istim potpisom potvrđujem da shvaćam i prihvaćam da, ukoliko se u tijeku visokorizičnog postupka (kirurških ili ostalih invazivnih postupaka) ukažu novi neočekivani momenti, isti mogu tijekom zahvata promijeniti i zahvat može završiti na način različit od ranije mi objašnjelog, a razlozi istoga će mi nakon zahvata biti objašnjeni.

Datum i vrijeme: _____

Potpis pacijenta: _____

Potpis zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika: _____

(za pacijenta koji nije pri svijesti, za pacijenta s težom duševnom smetnjom ili maloljetnog pacijenta)