PodBukami
ul. Szara 5
43-300 Bielsko - Biała
tel. +48 (33) 829 95 00

ZGODA PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE LASEROWEJ KOREKCJI WADY WZROKU

Ja……..

(pełne imię i nazwisko pacjenta)

I. Jestem poinformowany (a) o tym, że:

1. Po wykonaniu laserowej korekcji wady wzroku:
   a. W okresie gojenia możliwe są: odczuwanie bólu, uczucie ciała obcego pod powiekami, łzawienie, zamglone widzenie, pojawianie się poświaty wokół źródeł światła, światłowstręt.
   b. Przez minimum 4 miesiące od zabiegu należy unikać kąpieli w basenach, morzu i innych zbiornikach wodnych.
   c. Do 6 miesięcy od zabiegu należy unikać ekspozycji na słońce, solarium (promieniowanie UV).

2. Uwzględniając indywidualne cechy organizmu, w tym wysokość korygowanej wady wzroku, które mogą mieć wpływ na okres powrotu do stanu prawidłowego wzroku pacjenta, osiągnięcie ostatecznego oraz stabilnego wyniku staje się możliwe w okresie ok 6 miesięcy po przeprowadzeniu laserowej korekcji wzroku.
3. Poprawę widzenia osiąga się stopniowo, podczas tego czasu możliwa jest niestabilna ostrości wzroku.
4. Przyjmuję do wiadomości, że możliwe jest resztkowe pozostanie wady po przeprowadzonej korekcji laserowej. W takim przypadku leczenie może odbywać się w kilku etapach w odstępach 4-6 miesięcznych.
5. Przyjmuję także do wiadomości, że konieczne będzie używanie okularów do pracy z bliska (czytania) po 40 roku życia.
6. Korekcja z zastosowaniem excimerowej technologii laserowej jest stosunkowo bezpieczna. Wskazana jest dla osób z różnym stopniem krótkowzroczności, dalekowzroczności i astygmatyzmu. Przewidywalność wyniku końcowego jest lepsza w stosunku do innych tradycyjnych metod.
7. Po wykonaniu laserowej korekcji wzroku możliwe są następujące powikłania: nadkorekcja (tzw. przekorygowanie), niedokorekcja (tzw. niedokorygowanie), pooperacyjna regresja (częściowy nawrót wady), astygmatyzm nieregularny.

8. Ponadto: decentracja, podwyższone ciśnienie wewnątrzgałkowe, zapalenie rogówki i jej zmętnienie w strefie działania promienia laserowego, utrudnione gojenie (niewystarczające lub zbyt intensywne), efekt przymglenia (haze), aberracje optyczne (glare, halo), zespół suchego oka.

9. W trakcie oraz po wykonaniu korekcji wady wzroku metodą LASIK mogą wystąpić powikłania związane z zastosowaniem mikrokeratomu: dziurawy płatek, odcięty płatek, zapalenie w strefie
płatek – istota właściwa rogówki (DLK), wrastanie nabłonka pod płatek, ektazja (rozstrzeń) rogówki.

II. Zobowiązuję się do ścisłego przestrzegania wszystkich zaleceń lekarza oraz stosowania leków zgodnie z zaleceniami.

III. Po konsultacji lekarza okulisty, a także po objaśnieniu mi istoty i szczegółów metody laserowej korekcji wzroku, wyrażam zgodę na przeprowadzenie laserowej korekcji wady wzroku

Bielsko – Biała dnia: ……..

Podpis pacjenta……

Podpis lekarza……

PodBukami