



Centrum Diagnostyczno – Lecznicze „Barska” Sp. z o.o.

## ZAĆMA - INFORMACJA DLA PACJENTA

**Zaćma** – (łac. Cataracta) – to choroba, której istotą jest całkowite lub częściowe zmętnienie soczewki oka. Pierwszym objawem zaćmy jest pogorszenie wzroku, którego nie można skorygować okularami. W miarę postępu choroby pacjent zaczyna widzieć „przez mgłę”. Widzenie może się tak znacznie pogorszyć, że chore oko będzie postrzegało tylko światło. Obecnie nie ma skutecznego leczenia zachowawczego zaćmy. Jedynym sposobem wyleczenia zaćmy jest operacyjne usunięcie zmętniałej soczewki i wszczepienie sztucznej. Po zabiegu pacjent będzie używał okularów do blizy lub dali, co zapewni właściwe widzenie.

Zabieg usunięcia zaćmy na naszym oddziale jest przeprowadzany w trybie jednego dnia, co oznacza, że pacjent nie pozostaje po operacji w oddziale tylko wychodzi do domu. Operację usunięcia zaćmy prowadzamy na bloku operacyjnym. Znieczulenie do zabiegu jest miejscowe – kroplami. Czasami trzeba też wykonać zastrzyk w okolicę oka – podając w ten sposób lek znieczulający. Przygotowanie pacjenta do zabiegu trwa około 1,5 godz., w tym czasie do oka podawane są krople i zakładane jest wkłucie dożylnie. Operacja usunięcia zaćmy wykonywana jest metodą fakoemulsyfikacji, która polega na usunięciu zmętniałej soczewki przy pomocy ultradźwięków i w dalszym etapie na wszczepieniu zwijalnej soczewki przez niewielki cięcie 2,8 mm. Po takim zabiegu pacjent nie ma zakładanych szwów. Zdarza się, że w skutek nieprzewidywalnych trudności szerokość cięcia może być większa. Wówczas zakłada się na ranę operacyjną szwy. Może się także zdarzyć, że operator zdecyduje o zmianie sposobu usunięcia zaćmy w trakcie zabiegu. Działania takie mają na celu przede wszystkim dobro pacjenta.

Rzadko ale w czasie zabiegu jak i po nim mogą zdarzyć się powikłania łagodnym i przejściowym powikłaniem są zwyżki ciśnienia śródgałkowego i związany z tym obrzęk nabłonka rogówki. Niestety mogą wystąpić inne powikłania takie jak stan zapalny wnętrza oka mogący prowadzić nawet do jego utraty. Późnym powikłaniem po zabiegu usunięcia zaćmy występującym nawet po kilku miesiącach lub latach może być zmętnienie torby tylnej soczewki, odwarstwienie siatkówki i torbielowaty obrzęk plamki.

Po około 1,5 godz. pobytu na oddziale po zabiegu pacjent może wrócić do domu. Następnego dnia jest obowiązkowa wizyta kontrolna. Kolejne wizyty ustalane są według indywidualnych zaleceń lekarza.

Zapoznałem się z treścią karty informacyjnej .....

DATA I PODPIS PACJENTA.



## ZALECENIA DLA PACJENTA

### PRZYGOTOWANIE PRZED ZABIEGIEM OPERACYJNYM

#### **Szanowni Państwo!**

Okulista przeprowadzający operację zaćmy odpowiada nie tylko za wynik miejscowy ale również za całość spraw związanych z tym postępowaniem.

Specyfika wykonania procedury, zabieg operacyjny w systemie chirurgii jednego dnia oraz wizyty kwalifikacyjne i kontrolne w poradni okulistycznej, wymagają dyscypliny od pacjenta. Bardzo ważne jest bezwzględne zastosowanie się do poleceń okulisty prowadzącego.

#### **Należy przygotować się w następujący sposób:**

Na wizytę u lek. Anestezjologa proszę przynieść:

- **wynik Ekg,**
- **zaświadczenie od internisty o braku przeciwwskazań do zabiegu,**
- **aktualne badania krwi.**
- Lekkostrawna kolacja w dniu poprzedzającym zabieg.
- W dniu zabiegu mały posiłek na 6 godzin przed przybyciem do szpitala na zabieg. Później nie wolno nic jeść ani pić.
- W dniu zabiegu rano proszę koniecznie przyjąć swoje leki (które Pani / Pan przyjmuje codziennie).
- **Krople OFTAQUIX na 3 dni przed zabiegiem 4 x dziennie po 1 kr.**
  
- **W dniu .....** proszę zgłosić się **o godzinie .....**
- Proszę wziąć ze sobą do szpitala piżamę / koszulę i kapcie

Ze względu na higieniczne warunki przeprowadzenia zabiegu, pacjent powinien zgłosić się wykąpany, ze świeżo umytą głową, ubrany w czyste, przewiewne ubrania. Nie mniej istotną rzeczą jest **terminowe przybycie na wyznaczone wizyty kontrolne**. Są one elementem całej procedury leczenia w systemie jednego dnia i są tak samo istotne jak sam zabieg.

W razie jakichkolwiek wątpliwości związanych z powyższymi zaleceniami proszę dzwonić do poradni Tel. 54 233 40 00 / 04



Centrum Diagnostyczno – Lecznicze „Barska” Sp. z o.o.

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

### ŚWIADOMA ZGODA NA OPERACJĘ W TRYBIE JEDNODNIOWYM

pieczęć świadczeniodawcy

Nr Księgi Głównej ..... / ..... PESEL.....

Nazwisko i Imię ..... Data urodzenia .....

Rozpoznanie:.....

.....

.....

**Proponowany zabieg operacyjny:**

.....

.....

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi planowany sposób leczenia operacyjnego oraz poinformowałem o możliwych powikłaniach i zagrożeniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku operacji.

Podpis lekarza kwalifikującego.....

**Oświadczenie pacjenta:**

- zapoznałem/am się ze szczegółowym opisem leczenia operacyjnego, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w leczenia i zgadzam się na proponowane leczenie operacyjne;
- zostałem/am poinformowany, że w wyniku przeprowadzonej operacji mogą wystąpić powikłania typu; endoftalmitis, odwarstwienie siatkówki, obrzęk rogówki mogące doprowadzić nawet do utraty widzenia;
- zgadzam się na operację w znieczuleniu ogólnym / przewodowym / miejscowym w trybie jednodniowym;
- zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu operacji w niezbędnym zakresie jeśli sytuacja tego by wymagała, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej;
- zgadzam się na przeniesienie mnie do właściwego oddziału szpitalnego zgodnie z decyzją lekarza operującego lub lekarza anestezjologa, Jeśli wymagałby tego mój stan zdrowia;
- stwierdzam, że uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanej operacji.

**Ewentualne uwagi pacjenta**.....

.....

.....

**Data:**..... **Podpis pacjenta.** .....

Po rozmowie z lekarzem anestezjologiem i poinformowaniu mnie wyczerpująco o wszystkich sprawach dotyczących znieczulenia wyrażam zgodę na znieczulenie oraz na inne konieczne działania związane ze znieczuleniem i operacją. Zgadzam się również na uzasadnione zmiany postępowania anestezjologicznego, w tym zmiany rodzaju znieczulenia.

**Data:**.....**Podpis i pieczęć lekarza anestezjologa**.....