

**ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ**  
**ΓΙΑ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΚΗ ΦΩΤΟΔΙΑΘΛΑΣΤΙΚΗ ΚΕΡΑΤΕΚΤΟΜΗ**  
**ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ**  
**ΕΝΔΟΦΑΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΘΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ**



**Όνομα Ασθενούς:** \_\_\_\_\_

**ΑΔΤ:** \_\_\_\_\_ **Τόπος έκδοσης:** \_\_\_\_\_

**Διεύθυνση** \_\_\_\_\_

**ΑΜΚΑ** \_\_\_\_\_

**ΔΗΛΩΣΗ ΙΑΤΡΟΥ:** Ο κάτωθι υπογεγραμμένος ιατρός εξήγησα στον ασθενή τα πλεονεκτήματα και τους πιθανούς κινδύνους της Διαθλαστικής επέμβασης με τη μέθοδο της Επιφανειακής Φωτοδιαθλαστικής Κερατεκτομής καθώς και την πιθανή χρήση μιτομυκίνης.

Ειδικότερα:

**ΟΦΕΛΗ:** Η διαθλαστική χειρουργική εξασφαλίζει την μέγιστη απαλλαγή από βοηθήματα όρασης για το μεγαλύτερο μέρος των καθημερινών δραστηριοτήτων ή, κατ' επιλογή του ασθενούς, για συγκεκριμένες δραστηριότητες μετά από συζήτηση με τον θεράποντα ιατρό.

Η διαθλαστική χειρουργική ΔΕΝ βελτιώνει την οπτική οξύτητα. Προσπαθεί να επιτύχει την υφιστάμενη οπτική οξύτητα που έχει ένας άνθρωπος με γυαλιά ή φακούς επαφής, χωρίς όμως την απόλυτη εξάρτηση από αυτά τα βοηθήματα της όρασης.

**ΕΚΤΡΟΠΕΣ, ΠΙΘΑΝΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΔΙΑΘΛΑΣΤΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ**

Παρόλο που οι επεμβάσεις διαθλαστικής χειρουργικής έχουν υψηλά επίπεδα ασφάλειας, κανείς δεν μπορεί να αποκλείσει μια σειρά πιθανών προβλημάτων, εκτροπών ή και επιπλοκών, όπως ισχύει για όλες τις χειρουργικές επεμβάσεις. Η παρακάτω λίστα συμπεριλαμβάνει πιθανά προβλήματα των οποίων η σοβαρότητα κυμαίνεται από απλή παροδική ενόχληση μέχρι μόνιμη μείωση της οπτικής ικανότητας. Τα ποσοστά δίδονται κατά προσέγγιση και προέρχονται από έγκυρες ιατρικές έρευνες:

- Υπολειπόμενη διαθλαστική εκτροπή (0.5%-8%), με αποτέλεσμα την ανάγκη χρήσης γυαλιών ή και φακών επαφής, είτε το βράδυ ή για όλες τις ώρες της ημέρας.
- Καθυστερημένη επούλωση με διακυμάνσεις της όρασης.
- Διορθωτική επέμβαση για αντιμετώπιση πιθανού προβλήματος ή εξέλιξης ανάλογα με την ηλικία (όπως διόρθωση υπολειπόμενης διαθλαστικής εκτροπής).
- Δυσκολία στην κοντινή όραση, με αποτέλεσμα την ανάγκη χρήσης γυαλιών για διάβασμα (εξαρτώμενο από την ηλικία).
- Δυσκολία στην νυχτερινή όραση και οδήγηση (2%-18%).
- Παραμορφωμένες εικόνες-εμφάνιση ειδώλων (ghost images) 5%.
- Διπλωπία (1%).
- Ύπαρξη φωτοστέφανων-άλως (glare) γύρω από φωτεινές πηγές (8%).
- Παροδική υπερτονία λόγω χρήσης στεροειδών (25%).
- Ανώμαλος αστιγματισμός μη διορθούμενος με γυαλιά

- Δυσκολία στην μετά την επέμβαση χρήση φακών επαφής.
- Πτώση βλεφάρου (1%).
- Αίσθημα ξηροφθαλμίας (9%).

#### Σπάνιες επιπλοκές

- Μόλυνση (0,1%)
- Μετεγχειρητική εκτασία κερατοειδούς (που μπορεί να οδηγήσει σε μείωση όρασης, αναγκαστική χρήση ειδικών φακών επαφής ή κερατοπλαστική 0,0045%).
- Διάχυτη ή εντοπισμένη υποεπιθηλιακή ουλή του κερατοειδή με παροδική ή μόνιμη θόλωση, μείωση της όρασης και αλλαγή του διαθλαστικού σφάλματος (0,1%)

Η παραπάνω λίστα είναι αδύνατο να συμπεριλάβει όλες τις εκτροπές, πιθανές επιπλοκές ή/και ανεπιθύμητες ενέργειες. Πολύ σπάνιες ή άγνωστες προς την ιατρική κοινότητα επιπλοκές είναι αδύνατο να προσδιοριστούν και ίσως αναπτυχθούν στο μέλλον.

Η διαθλαστική χειρουργική είναι μία επιλογή, πέρα από τα γυαλιά και τους φακούς επαφής, για την αντιμετώπιση της μυωπίας, υπερμετρωπίας, αστιγματισμού και πρεσβυωπίας, αλλά δεν διορθώνει την ανατομία και παθολογία του κάθε οφθαλμού για την οποία θα πρέπει να παρακολουθείται ο ασθενής σε τακτά διαστήματα (π.χ. μυωπική αμφιβληστροειδοπάθεια).

Η επέμβαση προγραμματίζεται την ..... στον δεξιό οφθαλμό / αριστερό οφθαλμό / αμφοτέρους τους οφθαλμούς στο Οφθαλμολογικό Χειρουργείο του .....

#### Ο θεράπων Οφθαλμίατρος

#### Υπογραφή

#### Ημερομηνία

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος..... δηλώνω ότι έχω διαβάσει όλα τα παραπάνω, έχω συζητήσει με τον ιατρό μου και όλες μου οι ερωτήσεις έχουν απαντηθεί ικανοποιητικά και γνωρίζω ότι η όρασή μου μπορεί να μην είναι τέλεια μετά το χειρουργείο και ότι μπορεί να χρειαστεί να χρησιμοποιώ οπτικά βοηθήματα ώστε να βλέπω καλύτερα.

Συμφωνώ με την ενδεχόμενη εφαρμογή μυτομικίνης έχοντας ενημερωθεί για τη φύση και τις ενδεχόμενες μακροπρόθεσμες ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου.

Δηλώνω ότι δεν υφίσταται το ενδεχόμενο εγκυμοσύνης αυτή τη στιγμή και στο επόμενο εξάμηνο. Δίνω την συγκατάθεση μου και συμφωνώ να υποβληθώ σε διαθλαστική χειρουργική στον δεξιό οφθαλμό / αριστερό οφθαλμό / αμφοτέρους τους οφθαλμούς στο Οφθαλμολογικό Χειρουργείο του ..... από τον χειρουργό

οφθαλμίατρο ..... κ. ....

Το παραπάνω συντάχθηκε εις διπλούν, το ένα δίδεται στον ασθενή και το άλλο παραμένει στο αρχείο του ιατρού.

#### Ο/Η ασθενής ή εκπρόσωπος του ασθενούς

#### Υπογραφή

#### Ημερομηνία