

## Obaviješteni pristanak za operaciju sive mreže

Ime i prezime pacijenta: \_\_\_\_\_

Spol: M      Ž      Datum: \_\_\_\_\_

MBO osigurane osobe: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresa: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Dijagnoza: \_\_\_\_\_

Ime i prezime zakonskog zastupnika/skrbnika: \_\_\_\_\_

**OPIS POSTUPKA:** Siva mreže (cataracta senilis) je svako zamućenje leće koje ometa prolaz svjetlosti u oko te smanjuje vidnu oštrinu. Siva mreže najčešće nastaje uslijed procesa starenja, pa govorimo o staračkoj sivoj mreži. Osim toga mreže može biti posljedica neke bolesti (dijabetes, glaukom...), posljedica ozljede oka (traumatska mreže) ili prirođena mreže (kongenitalna). **Simptomi sive mreže** su zamagljena i nejasna slika, smanjen osjet za boje, slab vid noću i drugo. **Liječenje:** jedino liječenje je **operacija** sive mreže. Operacijom se odstrani zamućena leća, te se ugradi umjetna leća određene dioptrije.

### Vrste operacije:

1. klasični način-zamućena leća se vadi kroz kirurški rez te se kroz isti ugradi umjetna leća
2. ultrazvučna operacije/fakoemulzifikacija/-leća se ultrazvučnom sondom smrvi i usiše te se kroz mali otvor ugradi savitljiva meka leća.

**Operacija se izvodi u lokalnoj anesteziji** što znači da je pacijent tijekom operacije koja traje oko 20 -30 min budan. Prije operacije pacijent na odjelu dobije injekciju za opuštanje, a u oko mu se ukapavaju kapi za proširenje zjenice. U operacijskoj sali daje se injekcija i kapi protiv bolova, te je operacija bezbolna. Važno je da pacijent za vrijeme operacije bude miran i da sluša upute operatera.

**KOMPLIKACIJE OPERACIJE:** Komplikacije su veoma rijetke. U određenim situacijama nije moguće ugraditi leću, te se u tom slučaju daju naočale ili se leća naknadno ugradi. Osim toga može eventualno doći do upale ili povišenja očnog tlaka, što se onda adekvatno i liječi.

*Obaviješten/a sam da se pri izvođenju ovog medicinskog postupka mogu dogoditi poznate i druge rijetke komplikacije poznatog i nepoznatog uzroka.*

**IZJAVLJUJEM DA SLOBODNOM VOLJOM, UTEMELJENOJ NA POTPUNOJ OBAVIJEŠTENOSTI O PREPORUČENOM DIJAGNOSTIČKOM/TERAPIJSKOM POSTUPKU**

**DAJEM SUGLASNOST**  
*za prihvaćanje preporučenog terapijskog postupka*

Datum: \_\_\_\_\_

Potpis pacijenta/zakonskog zastupnika/skrbnika:

Potpis i faksimil liječnika:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_