

**ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ  
ΓΙΑ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗ - ΕΝΘΕΣΗ ΕΝΔΟΦΑΚΟΥ  
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 κινδύνους της επέμβασης του καταρράκτη.

Ειδικότερα:

**ΟΦΕΛΗ:** Το κύριο όφελος της επέμβασης του καταρράκτη είναι η βελτίωση της όρασης. Επίσης, η δυνατότητα καλύτερου ελέγχου του εσωτερικού του οφθαλμού, ιδίως σε ασθενείς με παθήσεις του βυθού. Παράλληλα, γίνεται προσπάθεια περιορισμού της ανάγκης για γυαλιά. Παρόλα αυτά, υπάρχει πιθανότητα να χρειαστούν γυαλιά για βελτίωση της μακρινής όρασης και κοντινά γυαλιά για το διάβασμα.

**ΠΙΘΑΝΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗ - ΕΝΘΕΣΗ ΕΝΔΟΦΑΚΟΥ**

Η επέμβαση αφαίρεσης καταρράκτη-ένθεση ενδοφακού είναι μια ασφαλής επέμβαση. Παρόλα αυτά, κανείς δεν μπορεί να αποκλείσει μια σειρά εν δυνάμει επιπλοκών, όπως ισχύει για όλες τις χειρουργικές επεμβάσεις. Η παρακάτω λίστα περιλαμβάνει πιθανές επιπλοκές, τα ποσοστά των οποίων δίνονται κατά προσέγγιση και προέρχονται από έγκυρες ιατρικές έρευνες:

- Μπορεί να προκύψει διαθλαστική εκτροπή, με αποτέλεσμα να πρέπει να χρησιμοποιήσετε γυαλιά ή φακούς επαφής, είτε το βράδυ ή όλες τις ώρες της ημέρας, ή να προκύψει ανάγκη δεύτερης διορθωτικής επέμβασης.
- Δυσκολία στην κοντινή όραση, με αποτέλεσμα την ανάγκη χρήσης γυαλιών για διάβασμα.
- Διπλωπία.

- Απώλεια ενδοθηλιακών κυττάρων. Σπανιότατα κλινικά σημαντική.
- Ρήξη του οπισθίου περιφακίου με ή χωρίς απώλεια υαλοειδούς. Όταν αυτό συμβεί η επέμβαση μπορεί να διαφοροποιηθεί.
- Πτώση του πυρήνα του φακού ή τμήματος αυτού στην υαλοειδική κοιλότητα. Εάν αυτό συμβεί μπορεί να χρειασθεί και δεύτερη επέμβαση.
- Χοριοειδική αιμορραγία. Εξαιρετικά σπάνια αιμορραγία μέσα στο μάτι που μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια της όρασης.
- Κυστικό οίδημα της ωχράς: Συγκέντρωση υγρού στην περιοχή της ωχράς κηλίδας. Συνήθως είναι ήπιο και υποχωρεί. Σε πιο σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να χρειασθεί εξειδικευμένη θεραπεία.
- Αποκόλληση αμφιβληστροειδή. Αποκόλληση της εσωτερικής στοιβάδας του οφθαλμού. Πιθανότητα < 2% και ανάλογα με την πρότερη κατάσταση του οφθαλμού π.χ. υψηλή μυωπία
- Ενδοφθαλμίτιδα. Σοβαρή μόλυνση του ματιού. Πιθανότητα 0.014 - 0.08%.
- Παρεκτόπιση ενδοφακού. Μετακίνηση του ενδοφακού από την θέση του.
- Αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης. Μπορεί να συμβεί μετεγχειρητικά και συνήθως υποχωρεί με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή.

Θα πρέπει να διευκρινίσουμε ότι οι επιπλοκές είναι σπάνιες και στην συντριπτική τους πλειοψηφία αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά.

Η πιθανότητα επιπλοκών είτε κατά τη διάρκεια, είτε μετά από εγχείρηση καταρράκτη μπορεί να είναι μεγαλύτερη εάν:

- 1) Έχετε αλλεργίες ή υπερευαισθησία σε φάρμακα, τροφές, χρωστικές ουσίες, αυτοκόλλητες ταινίες, τοπικά αναισθητικά.
- 2) Έχετε παθήσεις καρδιάς (πχ. προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια).
- 3) Έχετε αρτηριακή υπέρταση.
- 4) Έχετε διαταραχές της πήξης αίματος, ακόμα και σε μικρούς τραυματισμούς ή σε οδοντικές επεμβάσεις, ή παίρνετε φάρμακα που επηρεάζουν την πήξη του αίματος.
- 5) Είστε διαβητικός.
- 6) Παίρνετε φάρμακα για υπερτροφία προστάτη ή αντικαταθλιπτικά.

Η παραπάνω λίστα είναι αδύνατο να συμπεριλάβει όλες τις 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 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.

Δίνω τη συγκατάθεσή μου και συμφωνώ να υποβληθώ σε επέμβαση αφαίρεσης καταρράκτη 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**