

ŚWIADOMA ZGODA NA PROCEDURĘ MEDYCZNĄ

Nazwisko i imię chorego		
PESEL	Nr historii choroby	Data i godzina udzielenia informacji

Na podstawie zgłaszanych przez Panią/Pana dolegliwości, objawów w badaniu lekarskim oraz wyników badań dodatkowych postawiono u Pani/Pana **rozpoznanie**:

Rozpoznanie

Po przeanalizowaniu Pani/Pana stanu zdrowia oraz ocenie badań dodatkowych, została przedstawiona **propozycja leczenia operacyjnego**:

Planowana procedura medyczna

Zabieg będzie wykonany w znieczuleniu (właściwe zaznaczyć): ogólnym regionalnym

*
Informacje oraz zgoda na znieczulenie ogólne znajdują się w Przedoperacyjnej Ankiecie Anestezjologicznej.

Operacja ARTROSKOPII STAWU KOLANOWEGO

Po przygotowaniu pola operacyjnego, zostaną wykonane małe nacięcia skóry, przez które chirurg wprowadzi do operowanego stawu kolanowego kamerę i potrzebne narzędzia. Oceni struktury wewnętrzne stawu kolanowego. Usunie przerośniętą błonę maziową. W przypadku stwierdzenia uszkodzenia łąkotek, w zależności od typu uszkodzenia, usunie bądź zszyje uszkodzoną łąkotkę, zgodnie z przyjętą techniką operacyjną. W przypadku uszkodzenia więzadła krzyżowego przedniego, w razie potrzeby, dokona usunięcia kikutów zerwanego więzadła. W przypadku ograniczonego uszkodzenia chrząstki na powierzchni kłykci kości udowej, piszczelowej i rzepki, chirurg może dokonać nawierceń kości. W przypadku wyraźnych zmian zwyrodnieniowych stawu kolanowego chirurg może wykonać z punktowych cięć, w okolicy końca dalszego kości udowej i/lub końca bliższego kości piszczelowej, częściowego nacięcia kości. Pod koniec operacji zostanie założony drenaż ssący. Następnie przy pomocy szwów chirurg zszyje wcześniej przecięte struktury, tkankę podskórną oraz skórę. Zostanie założony opatrunek jałowy. Zabieg będzie przeprowadzony zgodnie z przyjętymi w szpitalu procedurami profilaktyki zakażeń.

Po zabiegu będzie Pani/Pan odczuwać ból w okolicy rany i miejsca operowanego. Konieczna będzie pooperacyjna rehabilitacja i usprawnianie, w dużej mierze zależna od Pani/Pana motywacji i zaangażowania, która będzie miała istotny wpływ na wynik całego procesu leczniczego oraz ostateczny powrót do zdrowia.

Ryzyko procedury i powikłania.

Każda procedura medyczna niesie ze sobą ryzyko powikłań. Na stopień ryzyka składa się wiele czynników, między innymi: zaawansowanie choroby, stan zdrowia chorego, nikotyzm itp., dlatego też niektórych z nich nie można przewidzieć. Operator oraz cały zespół dochowa wszelkiej staranności w celu bezpiecznego przeprowadzenia planowanego zabiegu.

Choć powikłania są rzadkie, do tych występujących najczęściej należą:

- Brak poprawy po zabiegu
- Uszkodzenie drobnych naczyń i związane z tym krwawienie (w czasie operacji lub po zabiegu). Skutkiem tego może być „siniak”, krwiak w okolicy operowanej
- Uszkodzenie nerwów skórnych. Skutkiem tego może wystąpić zaburzenie czucia okolicy operowanej
- Zakażenie rany pooperacyjnej, zaburzenia gojenia się rany pooperacyjnej
- Reakcje alergiczne
- Usztywnienie i ograniczenie ruchomości stawu – artrofibroza

Do wyjątkowo rzadkich, choć poważnych powikłań należą między innymi:

- Zakażenie operowanego stawu kolanowego
- Uszkodzenie naczyń krwionośnych, nerwów, ścięgien i mięśni

Ryzyko powikłań ogólnoustrojowych. Niezwykle rzadko, jako następstwo lub niezależnie od przeprowadzonego zabiegu, mogą pojawić się powikłania ogólnoustrojowe, takie jak: zapalenie płuc, zakrzepica żył głębokich, zatorowość płucna, zawał serca, udar mózgu, zgon.

Ocena ryzyka zakażenia przy przyjęciu pacjenta do szpitala. Podczas przyjęcia Pani/Pana do szpitala, na podstawie przeprowadzonego wywiadu, został/-a Pani/Pan zakwalifikowana/-y do grupy ryzyka zakażenia z liczbą punktów co oznacza, że istnieje u Pani/Pana (niskie, średnie, wysokie, bardzo wysokie*) ryzyko zakażenia, związane z hospitalizacją i leczeniem operacyjnym. (*niewłaściwe skreślić)

Uwagi

ŚWIADOMA ZGODA NA PROCEDURĘ MEDYCZNĄ

Oświadczenie pacjenta

Po dokładnej, wnikliwej rozmowie na temat mojej choroby, konsekwencjach zaniechania leczenia oraz przewidywanych skutkach interwencji lekarskiej **oświadczam**, że:

- 1) Zostałam/-em poinformowana/-y o możliwych metodach diagnostycznych i sposobach leczenia mojej choroby
- 2) Zostałam/-em poinformowana/-y na temat planowanej procedury medycznej, dokładnie zaznajomiona/-y z jej celem, zakresem i przebiegiem, a jej specyfika została mi szeroko objaśniona
- 3) Przedstawiono mi zarówno pozytywne jak i negatywne skutki planowanej procedury medycznej, także w porównaniu do innych metod oraz wskazano mi na możliwe cielesne, duchowe i zawodowe skutki procedury medycznej
- 4) Zostałam/-em zaznajomiona/-y z nieuniknionymi następstwami procedury medycznej oraz związanymi z nią typowymi niebezpieczeństwami
- 5) Przedstawiono mi możliwe skutki zaniechania wykonania procedury medycznej
- 6) Zrozumiałam/-em, że nie udzielono mi żadnej gwarancji co do powodzenia procedury medycznej
- 7) Zrozumiałam/-em, że możliwość wystąpienia powikłań istotnie zwiększa się, jeżeli palę papierosy, choruję na cukrzycę, nadciśnienie, inne choroby serca, mam nadwagę/otyłość lub choruję na inne ciężkie i przewlekłe choroby
- 8) Zostałam/-em poinformowana/-y jak zachowywać się przed i po planowanej procedurze medycznej
- 9) Miałam/-em możliwość zadawania pytań, na które udzielono mi wyczerpujących odpowiedzi i jestem świadoma/-y, że w każdej chwili mam możliwość zwrócenia się do lekarza z kolejnymi pytaniami
- 10) Wiem, że mogę również w każdej chwili cofnąć zgodę na wykonanie procedury medycznej
- 11) Zrozumiałam/-em, że jeżeli w trakcie planowanej procedury medycznej dojdzie do sytuacji zagrożenia życia lub ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz wykona niezbędne czynności medyczne w zakresie koniecznym do opanowania zaistniałej sytuacji
- 12) Jeśli dojdzie do skażenia personelu podczas operacji i/lub innych procedur wyrażam zgodę na pobranie krwi w kierunku badań HIV, wirusowego zapalenia wątroby lub innych chorób przenoszonych drogą krwiopochodną
- 13) Zostałam/-em poinformowana/-y, że w czasie operacji może być konieczne wykonanie zdjęć rentgenowskich, co wiąże się z narażeniem na promieniowanie jonizujące i wyrażam zgodę na wykonanie zdjęć rentgenowskich w czasie operacji
- 14) Zostałam/-em poinformowana/-y, że w czasie operacji mogą być wykonywane zdjęcia fotograficzne i/lub nagranie wideo dla celów medycznych i wyrażam zgodę na wykonywanie takich zdjęć/nagrań
- 15) Może być konieczne przetoczenie preparatów krwiopochodnych w czasie operacji lub bezpośrednio po operacji i wyrażam zgodę na przetoczenie preparatów krwiopochodnych jeżeli wystąpi taka potrzeba (potwierdzone podpisem w osobnym formularzu) **TAK NIE**
- 16) Zostałam/-em poinformowana/-y o możliwości autotransfuzji, jeżeli w moim przypadku byłoby to potrzebne.
- 17) Zrozumiałam/-em, jakie istnieje ryzyko zakażenia, związane z hospitalizacją i leczeniem operacyjnym, ocenione na podstawie przeprowadzonego ze mną wywiadu i badania podczas przyjęcia do szpitala
- 18) Zostałam/-em również poinformowana/-y o możliwości odstąpienia od wykonania procedury medycznej (po przewiezieniu na salę operacyjną) z powodu nagle pojawiających się przeciwwskazań anestezyjologicznych i/lub problemów technicznych uniemożliwiających w sposób bezpieczny przeprowadzenie procedury medycznej

Zapewniam, że zgodnie z powyższym oświadczeniem, po przemyśleniu wszystko zrozumiałam/-em i zgadzam się na proponowaną interwencję lekarską (zabieg operacyjny)

.....
Data

.....
Podpis chorego

Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że

- 1) Przedstawiłem pacjentce/pacjentowi planowaną metodę diagnostyczną/sposób leczenia,
- 2) Poinformowałem o celu, możliwych do zastosowania alternatywnych metodach diagnostyki/leczenia, zagrożeniach i możliwych powikłaniach, które mogą wystąpić w trakcie lub w wyniku badania/leczenia, jak też o skutkach nieudzielenia zgody przez pacjenta.
- 3) Pacjent/-ka uzyskał/-a informacje o zdarzających się sytuacjach, w których konieczne jest zmodyfikowanie zakresu badania/leczenia
- 4) Pacjent/-ka miał/a możliwość zadania pytań dotyczących swojej choroby i planowanego leczenia
- 5) Pacjent/-ka uzyskał/-a informację o możliwości wycofania zgody w każdej chwili.

.....
Data

.....
Podpis lekarza