

## 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 ENDOPROTEZOPLASTYKI REWIZYJNEJ STAWU BIODROWEGO

Po przygotowaniu pola operacyjnego, zostanie nacięta skóra w okolicy bocznej/przedniej operowanego stawu biodrowego w okolicy/w bliżnie pooperacyjnej. Po nacięciu powięzi, przecięciu/rozwarstwieniu mięśni omijając ważne struktury naczyniowe i nerwowe, chirurg dotrze do stawu biodrowego. Usunie elementy obluzowanej endoprotezy. Przygotuje miejsce do zamocowania panewki endoprotezy. Po uprzednim założeniu przymiaru, ostatecznie zamocuje część panewkową endoprotezy w kościach miednicy, zgodnie z przyjętą techniką operacyjną. Następnie przygotuje kanał kości udowej do zamocowania trzpienia endoprotezy. Osadzi próbny trzpień i głowę endoprotezy, skontroluje stabilność i długość kończyn. Następnie osadzi ostateczny trzpień i głowę endoprotezy, zgodnie z przyjętą techniką operacyjną. Pod koniec operacji założy drenaż ssący. Następnie przy pomocy szwów zszyje wcześniej przecięte struktury mięśniowe, powięź, 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
- Możliwa zmiana długości operowanej kończyny
- Zwichnięcie endoprotezy
- Wtórne obluzowanie elementów endoprotezy
- Metalozą, reakcje alergiczne
- Usztywnienie i ograniczenie ruchomości stawu - artrofibroza

Do wyjątkowo rzadkich, choć poważnych powikłań należą między innymi:

- Zakażenie operowanego stawu biodrowego
- Złamanie kości udowej i/lub kości miednicy
- Uszkodzenie naczyń krwionośnych, nerwów, ścięgien i mięśni, porażenie nerwu kulszowego

**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