

## 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 PRZECIĘCIE POCHEWKI ŚCIĘGNA/ZAPALENIE POCHEWEK ŚCIĘGNISTYCH/CHOROBA DE QUERVAINA

Po przygotowaniu pola operacyjnego, zostanie nacięta skóra, tkanka podskórna w okolicy zmienionej zapalnie pochewki ścięgna/ścięgien. Omijając ważne struktury naczyniowe i nerwowe, chirurg przetnie zapalnie zmienioną pochewkę ścięgna/ścięgien, zgodnie z przyjętą techniką operacyjną. Następnie przy pomocy szwów chirurg zszyje wcześniej przecięte struktury, tkankę podskórną i 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
- Zerwanie ścięgna/ścięgien
- Zrosty w obrębie operowanego ścięgna/ścięgien
- Usztywnienie i ograniczenie ruchomości stawu/stawów - artrofibroza
- Zaburzenia ruchomości w zakresie całej operowanej kończyny
- Reakcje alergiczne

Do wyjątkowo rzadkich, choć poważnych powikłań należą między innymi:

- 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