

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 REPOZYCJA ZWICHNIĘCIA STAWU (ENDOPROTEZY STAWU)

W znieczuleniu (i zwiotczeniu) chirurg dokona zamkniętej repozycji stawu (endoprotezy stawu). Jej prawidłowość zostanie skontrolowana na sali operacyjnej za pomocą monitora RTG. W razie konieczności, celem utrzymania repozycji, chirurg dokona przezskórnej zamkniętej stabilizacji wewnętrznej.

W przypadku braku uzyskania zamkniętej repozycji chirurg dokona otwartej repozycji stawu (endoprotezy stawu). Po przygotowaniu pola operacyjnego, zostanie nacięta skóra i tkanka podskórna w okolicy operowanego stawu. Następnie omijając ważne struktury naczyniowe i nerwowe, chirurg dotrze do zwichniętego stawu (endoprotezy stawu). Dokona otwartej repozycji, którą w razie konieczności, ustabilizuje przy pomocy materiału zespalającego, zgodnie z przyjętą techniką operacyjną. Pod koniec operacji, w razie konieczności, zostanie założony drenaż ssący. Następnie przy pomocy szwów chirurg zszyje wcześniej przecięte struktury mięśniowe, 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
- Ponowne zwichnięcie stawu/endoprotezy stawu
- 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
- Metalozą, reakcje alergiczne
- Usztywnienie i ograniczenie ruchomości stawu – artrofibroza
- Zaburzenia ruchomości w zakresie całej operowanej kończyny

Do wyjątkowo rzadkich, choć poważnych powikłań należą między innymi:

- Zakażenie operowanego stawu
- 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