



Imię i nazwisko pacjenta: _____

Nr historii choroby: _____ PESEL/Data urodzenia*: _____

Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Adres: _____ Telefon: _____

**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE
OPERACJI: USUNIĘCIA I/LUB POBRANIA DO BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO (I/LUB
BAKTERIOLOGICZNEGO) ZMIENIONEJ CHOROBOWO TKANKI (ZAPALNIE ZMIENIONEJ
KALETKI, TORBIELI BACKERA, GANGLIONA, GUZA TKANEK MIĘKKICH, INNE:.....)**

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Zaproponowano Pani/Panu zabieg operacyjny: usunięcia i/lub pobrania do badania histopatologicznego (i/lub bakteriologicznego) zmienionej chorobowo tkanki. Celem zabiegu operacyjnego jest usunięcie chorobowo zmienionych tkanek jak również niejednokrotnie pobranie próbek celem wykonania dalszych badań (bakteriologicznych i/lub histopatologicznych), co może ułatwić postawienie właściwego rozpoznania i włączenia ewentualnego leczenia uzupełniającego. Operacja jest wykonywana na Bloku Operacyjnym Kliniki Ortopedii i Traumatologii. Miejsce operowane zostanie wyjałowione oraz przykryte jałowymi serwetami. Dostęp operacyjny jest uzależniony od lokalizacji zmiany. W razie stwierdzenia wskazań do naprawy/częściowego lub całkowitego usunięcia uszkodzonych tkanek zostaną przeprowadzone konieczne czynności. Na nacięte miejsca zakładane zostaną szwy. Na koniec założony zostanie opatrunek. Przebieg operacji jest bardzo różny i zależy od lokalizacji, rozległości i charakteru zmiany.

Znieczulenie będzie dobierane indywidualnie przez lekarza anestezjologa konsultującego pacjenta w zależności od indywidualnych wskazań (oddzielny formularz zgody).

Czasami niektóre biopsje można przeprowadzać w znieczuleniu miejscowym (podanie leku przeciwbólowego (najczęściej Lignocainy) do miejsca operowanego przy pomocy iniekcji). Takie znieczulenie wykonuje operator (ortopeda).

Oczekiwana korzyścią operacji jest zazwyczaj zmniejszenie dolegliwości bólowych i poprawa funkcji oraz uzyskanie dodatkowych informacji diagnostycznych.



(Miejsce na informację graficzną wykorzystywaną w trakcie przekazywania informacji na temat zabiegu)

III. Zalecenia pozabiegowe

Postępowanie pooperacyjne zależy od przebiegu procedury, jest bardzo różne i zależne od lokalizacji, rozległości i charakteru zmiany. Lekarz ortopeda po operacji wyda zalecenia pooperacyjne i wypisowe, których należy przestrzegać. Czasami lekarz ortopeda może zalecić przejściowe stosowanie unieruchomienia gipsowego lub ortezy celem wygojenia tkanek. Po operacji, w celu uniknięcia powikłań i przyspieszenia gojenia, zaleca się unikanie intensywnego wysiłku fizycznego przez 24-48 godzin. Należy dbać o higienę rany, zmieniać opatrunek zgodnie z zaleceniami lekarza i obserwować ewentualne objawy, takie jak nasilony ból, zaczerwienienie, obrzęk czy krwawienie. W przypadku wystąpienia jakichkolwiek niepokojących objawów, należy skonsultować się z lekarzem.

Jeśli w trakcie operacji zostaną pobrane materiały do badań ważne jest, aby odebrać wyniki tych badań (wyniki posiewów zazwyczaj po 5-7 dniach, wyniki badań histopatologicznych zazwyczaj po 4-6 tygodniach) i skonsultować je na wizycie kontrolnej z lekarzem.

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

I.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

II.

V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

Każde leczenie zabiegowe wiąże się z ryzykiem wystąpienia powikłań. Nie można zatem z całą pewnością oczekiwać, że podczas tej operacji lub po niej nie dojdzie do ich wystąpienia.

Wystąpienie powikłań może wymagać kolejnych operacji, zmiany sposobu leczenia, przedłużenia jego okresu i może być przyczyną pogorszenia stanu ogólnego pacjenta, w tym stanu psychicznego, zaostrzenia chorób podstawowych oraz



wystąpienia nowych ostrych stanów internistycznych jak np. zawał serca, także w bardzo rzadkich przypadkach przyczyną śmierci.

Wczesnych:

- krwiak w ranie
- krwawienie z rany
- zaburzenie gojenia rany pooperacyjnej pod postacią martwicy skóry bądź zropienie rany pooperacyjnej
- możliwość uszkodzenia naczyń i nerwów
- możliwość uszkodzenia innych struktur anatomicznych (np. ścięgna, torebka stawowa itp.)
- zakrzepica żył kończyny i/ lub zator tętnicy płucnej (zatorowość płuc) (zwłaszcza przy operacjach na kończynie dolnej).

Późnych:

- wznowa zmiany,
- artrofibroza (sztywność stawu – brak powrotu pełnego zakresu ruchomości w stawie, jeśli zmiana znajduje się w okolicy stawu),
- wygojenie rany pooperacyjnej z twardą, bolesną blizną,
- niedoczulica skóry w operowanym obszarze,
- możliwość rozwinięcia się zespołu algodystroficznego (przewlekłego zespołu bólowego) operowanej kończyny

VI. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

Ryzyko operacji oceniane na podstawie skali _____

Ryzyko powikłań [] małe [] średnie [] duże

VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

Ryzyko odległych powikłań [] małe [] średnie [] duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Na ile w konkretnej sytuacji klinicznej leczenie zachowawcze może zastąpić leczenie operacyjne dając podobny wynik leczenia stwierdza lekarz ortopeda opierając swoją ocenę o konkretną sytuację kliniczną konkretnego pacjenta.

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)



IX. Oświadczenia Pacjenta dotyczące proponowanej operacji USUNIĘCIA I/LUB POBRANIA DO BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO (I/LUB BAKTERIOLOGICZNEGO) ZMIENIONEJ CHOROBOWO TKANKI (ZAPALNIE ZMIENIONEJ KALETKI, TORBIELI BACKERA, GANGLIONA, GUZA TKANEK MIĘKKICH, INNE:.....)

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej operacji usunięcia i/lub pobrania do badania histopatologicznego (i/lub bakteriologicznego) zmienionej chorobowo tkanki (zapalnie zmienionej kaletki, torbieli Backera, ganglionu, guza tkanek miękkich, inne:.....)**

Oświadczam, że miałem/am wystarczający czas na zapoznanie się z informacją zawartą w niniejszym formularzu, zapoznałem/am się z nią i ją zrozumiałem/am, zrozumiałem/am także wyjaśnienia lekarza, zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a o celu i przebiegu operacji oraz ryzyku powikłań jej wykonania albo możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia, miałem/am możliwość zadawania dodatkowych pytań, na które uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi.

Lekarz poinformował mnie również o tym, że przebieg, ryzyko powikłań oraz efekty operacji nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta.

Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań lekarza po operacji.

Jeżeli ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanej operacji prosimy o ich wpisanie poniżej:

Przed rozpoczęciem operacji udzieliłem/udzieliłam pełnych i prawdziwych informacji na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie:

- mojego stanu zdrowia,
- wszelkiego typu alergii,
- trwającej terapii chorób przewlekłych,
- istnienia/braku ciąży,
- przyjmowanie leków,
- przebytych zabiegów i urazów.

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Prosimy o podanie ewentualnych zastrzeżeń i uwag dotyczących opisanych powyżej informacji:

data

czytelny podpis Pacjenta



data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanej operacji usunięcia i/lub pobrania do badania histopatologicznego (i/lub bakteriologicznego) zmienionej chorobowo tkanki (zapalnie zmienionej kaletki, torbieli Backera, ganglionu, guza tkanek miękkich, inne:.....)

Zostałem/am poinformowany/a, że udzielona przeze mnie zgoda może być w każdej chwili cofnięta.

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie zaproponowanej operacji usunięcia i/lub pobrania do badania histopatologicznego (i/lub bakteriologicznego) zmienionej chorobowo tkanki (zapalnie zmienionej kaletki, torbieli Backera, ganglionu, guza tkanek miękkich, inne:.....)

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia, które obejmują w szczególności:

Uzasadnienie odmowy

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego i ewentualnego wskazania uzasadnienia odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie zaproponowanej operacji usunięcia i/lub



pobrania do badania histopatologicznego (i/lub bakteriologicznego) zmienionej chorobowo tkanki (zapalnie zmienionej kaletki, torbieli Backera, ganglionu, guza tkanek miękkich, inne:.....). Podanie uzasadnienia jest dobrowolne).

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

X. Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że:

przedstawiłem/am* pacjentce/pacjentowi planowany sposób leczenia zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną. Udzieliłem/am informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody bądź świadomą odmowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej oraz udzieliłem odpowiedzi na jej/jego pytania. Poinformowałem pacjentkę/pacjenta o negatywnych konsekwencjach niewyrażenia zgody na zaproponowaną operację.

Z uwagi na stan pacjenta powyższe informacje nie zostały mu przekazane*.

data

oznaczenie lekarza udzielającego wyjaśnień
i odbierającego oświadczenie (pieczęć i podpis)

Pacjent nie jest w stanie złożyć oświadczenia o wyrażeniu zgody / odmowie wyrażenia zgody w formie pisemnej z powodu:

Pacjent złożył oświadczenie o wyrażeniu zgody/odmowie wyrażenia zgody* **na przeprowadzenie zaproponowanej operacji usunięcia i/lub pobrania do badania histopatologicznego (i/lub bakteriologicznego) zmienionej chorobowo tkanki (zapalnie zmienionej kaletki, torbieli Backera, ganglionu, guza tkanek miękkich, inne:.....) w następujący sposób:**

Oświadczenie zostało złożone w sposób dostatecznie jasny.

data i godzina

oznaczenie lekarza udzielającego
wyjaśnień i odbierającego oświadczenie
(pieczęć i podpis)



miejsce na ewentualny podpis osoby trzeciej
obecnej przy składaniu oświadczenia

Uzyskano zgodę sądu opiekuńczego na przeprowadzenie zaproponowanej operacji: **usunięcia i/lub pobrania do badania histopatologicznego (i/lub bakteriologicznego) zmienionej chorobowo tkanki (zapalnie zmienionej kaletki, torbieli Backera, gangliona, guza tkanek miękkich, inne:.....).**

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza i wskazania przyczyny uzyskania zgody zastępczej, danych sądu, daty i miejsca wydania, sygnatury postanowienia oraz jego zakresu):

data

podpis i pieczęć lekarza