



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 REKONSTRUKCJI WIĘZADŁA KRZYŻOWEGO PRZEDNIEGO STAWU KOLANOWEGO LEWEGO/PRAWEGO\*

### I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Zerwanie więzadła krzyżowego przedniego (ACL) może prowadzić do niestabilności kolana, bólu, obrzęku oraz ograniczenia funkcji stawu. Urazy występują najczęściej podczas aktywności sportowej (np. nagłe skręty, lądowania) i prowadzą do nawracających "ucieków" kolana, uszkodzeń łąkotek oraz wczesnych zmian zwyrodnieniowych.

### II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Operacja polega na zastąpieniu więzadła przez przeszczep pobrany najczęściej z własnych tkanek (ścięgno mięśnia półścięgnistego i smukłego, więzadło właściwe rzepki, ścięgno mięśnia czworogłowego), rzadziej ścięgien pobranych od martwego dawcy lub implantów syntetycznych. W niektórych przypadkach możliwe jest zeszczenie uszkodzonego więzadła krzyżowego. Operacja przeprowadzana jest pod kontrolą wprowadzonej do stawu optyki kamery artroskopowej. Pobranie przeszczepu następuje z odrębnego dostępu. Artroskopowa rekonstrukcja więzadła/więzadeł jest połączona z poszukiwaniem oraz artroskopowym usunięciem bądź leczeniem innych uszkodzonych elementów stawu (innych więzadeł, uszkodzonego fragmentu łąkotki, chrząstki, ciała wolnego, przerosniętej błony maziowej, troczków rzepki, itp.)

Rzadko w czasie rekonstrukcji więzadeł kolana zachodzi konieczność wykorzystania śródoperacyjne promieniowania jonizującego (promieniowania rentgenowskiego) celem wykonania procedury leczniczej. Kobiety w wieku rozrodczym muszą bezwzględnie poinformować lekarza o ile zachodzi możliwość, że są w ciąży, gdyż promieniowanie rentgenowskie stosowane podczas zabiegu może uszkodzić płód. Kobiety w wieku rozrodczym mają przed procedurą oznaczany poziom hormonu  $\beta$ -hCG w surowicy krwi celem wykluczenia ciąży, chyba, że istnieją bezsporne okoliczności świadczące o niemożliwości zajścia pacjentki w ciążę. U kobiet w ciąży procedury z zakresu radiologii zabiegowej mogą być wykonywane tylko wówczas, gdy są niezbędne dla ratowania zdrowia i życia matki.

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



**Oczekiwane korzyści** to przede wszystkim znaczna redukcja niestabilności, ewentualnie bólu, zwiększenie sprawności i poprawa jakości życia. Operacja pozwala na przywrócenie stabilności stawu (około 95% skuteczności), możliwość powrotu do aktywności sprzed urazu, redukcji bólu i ryzyka wtórnych uszkodzeń.

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

### III. Zalecenia pozabiegowe

W pierwszych tygodniach po operacji konieczne są zmiany opatrunków i profilaktyka przeciwzakrzepowa w postaci zastrzyków podskórnych.

0–6 tygodni: Orteza stabilizująca, chodzenie o kulach z częściowym lub całkowitym odciążaniem, ćwiczenia ze zwiększonym zakresem ruchu (w zależności od techniki operacyjnej i uszkodzeń współistniejących).

6–12 tygodni: Ćwiczenia czynne, trening propriocepcji, jazda na rowerze stacjonarnym. Po 6 miesiącach: Stopniowy powrót do biegania i sportów kontaktowych (za zgodą lekarza i/lub fizjoterapeuty).

### IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Leczenie zachowawcze polegające na fizjoterapii wzmacniającej mięśnie stabilizujące staw kolanowy. Przewlekłe stosowanie ortozy stabilizującej staw kolanowy.

### 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.

**Wczesne:** Krwiak śródstawowy (5–10% przypadków), infekcja ( $\leq 1\%$ ), zakrzepica żylna (0.5%), zator tętnicy płucnej (zatorowość płuc), konieczność odstąpienia od artroskopii i kontynuowania operacji „na otwarto”, uszkodzenie dużych naczyń i nerwów.



**Późne:** Ograniczenie ruchu w stawie - artrofibroza (5%), przerost blizny, ból w miejscu pobrania przeszczepu. Nawrotowa niestabilność (4–8%). 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

Palenie tytoniu, cukrzyca, otyłość (BMI >30), choroby autoimmunologiczne, wcześniejsze operacje kolana mogą zwiększać ryzyko powikłań.

*(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

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)*

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

## VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Brak pełnej stabilności stawu; większe ryzyko uszkodzenia łąkotek, ograniczenie aktywności sportowej.

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



## IX. Oświadczenia Pacjenta dotyczące REKONSTRUKCJI WIĘZADŁA KRZYŻOWEGO PRZEDNIEGO STAWU KOLANOWEGO LEWEGO/PRAWEGO\*

W dniu \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ lekarz .....  
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego stawu kolanowego lewego/prawego\***.

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 **rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego stawu kolanowego lewego/prawego\***.

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 **rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego stawu kolanowego lewego/prawego\***.

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 rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego stawu kolanowego lewego/prawego\*. 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 (pieczętka 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 rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego stawu kolanowego lewego/prawego\*** w następujący sposób:

Oświadczenie zostało złożone w sposób dostatecznie jasny.

\_\_\_\_\_

data i godzina

\_\_\_\_\_

oznaczenie lekarza odbierającego  
oświadczenie (pieczętka i podpis)

\_\_\_\_\_

miejsce na ewentualny podpis osoby trzeciej  
obecnej przy składaniu oświadczenia

Uzyskano zgodę sadu opiekuńczego **na przeprowadzenie proponowanej rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego stawu kolanowego lewego/prawego\***.

*(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):*



Państwowy Instytut  
Medyczny MSWiA

ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa  
Klinika Ortopedii i Traumatologii

Formularz świadomej zgody na przeprowadzenie rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego stawu kolanowego  
lewego/prawego

PP\_Zgoda\_KOiT\_02

Wydanie I obow. od 09.01.2026 Zatwierdził: Z-ca Dyrektora ds. Medycznych w dniu 09.01.2026 r.

data

podpis i pieczęć lekarza