



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 PODANIE ZAWIESINY PŁYTEK KRWI Z PŁYTKOPOCHODNYM CZYNNIKIEM WZROSTU (PRP – PLASMA RICH PLATELETS)

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Celem zabiegu jest leczenie wspomagające zaburzenia wzrostu uzyskanie wzrostu kostnego bądź leczenie opornych entezopatii (przewlekłych stanów zapalnych w obrębie przyczepów ścięgien) lub terapia biologiczna stawów w przebiegu zmian zwyrodnieniowych.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Zabieg polega na dostawowym podaniu osocza bogatopłytkowego (PRP), które uzyskuje się z własnej krwi pacjenta. Procedura przebiega w kilku etapach:

1. Pobranie krwi żyłnej – zwykle w ilości 10–15 ml, do jałowej probówki z antykoagulantem.
2. Odwirowanie krwi w separatorze – w celu oddzielenia osocza zawierającego wysokie stężenie płytek krwi (platelet-rich plasma).
3. Przygotowanie materiału – odseparowane osocze zostaje przeniesione do strzykawki podającej.
4. Zabieg iniekcji dostawowej:
 - miejsce wkłucia jest dezynfekowane i jałowo zabezpieczone,
 - lekarz ortopeda wykonuje iniekcję do chorego stawu pod kontrolą palpacyjną lub – jeśli wskazane – pod kontrolą USG,
 - **zabieg najczęściej nie wymaga znieczulenia, choć może być wykonany w znieczuleniu miejscowym.**
5. Czas trwania procedury: 20–30 minut, w warunkach ambulatoryjnych (chirurgia jednego dnia).
6. Obserwacja po zabiegu: pacjent może być obserwowany przez 10–15 minut przed opuszczeniem placówki.



Oczekiwane korzyści to przede wszystkim redukcja bólu, zwiększenie sprawności i poprawa jakości życia.

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

III. Zalecenia pozabiegowe

Dalsze leczenie ambulatoryjne.

Okłady z lodu (15-20 min, 3-4 x dziennie przez tkaninę).

Unikanie leków z grupy NLPZ przez 2 tygodnie (np. ibuprofen, ketoprofen).

Dieta uwzględniająca czynniki chorobowe. Suplementacja wapnia i witaminy D3. W przypadku niepokojących dolegliwości pilna kontrola lekarska.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), np. ibuprofen, ketoprofen, meloksykam. Redukują stan zapalny i ból, nie wpływają na regenerację tkanek. Mogą być stosowane doustnie, miejscowo (żele) lub jako iniekcje domięśniowe.

Kortykosteroidy dostawowo, np. betametazon, metyloprednizolon, triamcynolon. Szybki efekt przeciwzapalny i przeciwbólowy. Zalecana ostrożność: ryzyko degradacji chrząstki, zaników tkankowych, ograniczona liczba iniekcji (max 3–4 rocznie do jednego stawu).

Iniekcje kwasu hialuronowego (tzw. „wiskosuplementacja”): Poprawia lepkość i elastyczność płynu stawowego, działa jako amortyzator i lubrykant. Używana głównie w chorobie zwyrodnieniowej stawów kolanowych i ramiennych. Efekt przeciwbólowy może utrzymywać się 6–12 miesięcy. Działa głównie objawowo, brak wpływu regeneracyjnego.

Fizjoterapia i leczenie zachowawcze:

Rehabilitacja ruchowa

- Indywidualnie dobrane ćwiczenia rozciągające i wzmacniające (kinezyterapia).
- Kluczowe znaczenie w leczeniu przewlekłych zespołów bólowych i zwyrodnień.

Fizykoterapia

- Zabiegi takie jak: laseroterapia, ultradźwięki, TENS, pole magnetyczne.
- Stosowane wspomagająco w leczeniu bólu i zapalenia.



Terapia manualna

- Mobilizacje, manipulacje i masaż tkanek miękkich przez fizjoterapeutę.

Inne terapie biologiczne i regeneracyjne:

Osocze bogatokomórkowe (BMAC, MSC)

- Terapie z użyciem komórek macierzystych z aspiratu szpiku kostnego lub tłuszczu.
- Droższe i mniej dostępne niż PRP, o potencjalnie większym działaniu regeneracyjnym.
- Nadal brak jednoznacznych wytycznych co do skuteczności – terapia eksperymentalna w wielu krajach.

Suplementacja kolagenem, witaminą D3, glukozaminą/chondroityną

- Skuteczność kontrowersyjna – stosowane wspomagająco.

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

Wczesnych:

- krwiak i/lub krwawienie w miejscu podania preparatu
- konieczność unieruchomienia kończyny w opatrunku gipsowym celem wygojenia tkanek
- zaburzenie gojenia pod postacią martwicy skóry bądź zropienie obszaru podania preparatu
- możliwość podania preparatu poza zaplanowany obszar

Późnych:

- wznowa zmiany
- artrofibroza (sztywność stawu – brak powrotu pełnego zakresu ruchomości w stawie, jeśli zmiana znajduje się w okolicy stawu)
- możliwość rozwinięcia się zespołu algodystroficznego (przewlekłego zespołu bólowego) kończyny
- zabieg nie spełnia w pełni założeń planowanych przed operacją
- brak zrostu kości (dotyczy leczenia zaburzeń gojenia kości)

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

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

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

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



IX. Oświadczenia Pacjenta dotyczące PODANIA ZAWIESINY PŁYTEK KRWI Z PŁYTKOPOCHODNYM CZYNNIKIEM WZROSTU (PRP – PLASMA RICH PLATELETS)

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego podania zawiesiny płytek krwi z płytkopochodnym czynnikiem wzrostu (PRP – Plasma Rich Platelets).**

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 zaproponowanego podania zawiesiny płytek krwi z płytkopochodnym czynnikiem wzrostu (PRP – Plasma Rich Platelets).

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 zaproponowanego podania zawiesiny płytek krwi z płytkopochodnym czynnikiem wzrostu (PRP – Plasma Rich Platelets).

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 zaproponowanego podania zawiesiny płytek krwi z płytkopochodnym czynnikiem wzrostu (PRP – Plasma Rich Platelets). 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 zaproponowanego podania zawiesiny płytek krwi z płytkopochodnym czynnikiem wzrostu (PRP – Plasma Rich Platelets)** 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 proponowanego podania zawiesiny płytek krwi z płytkopochodnym czynnikiem wzrostu (PRP – Plasma Rich Platelets).**

(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 pieczętka lekarza