



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 REWIZJI RANY (LUB RANY POOPERACYJNEJ) I ZAŁOŻENIE / WYMIANA* OPATRUNKU PRÓŻNIOWEGO VAC

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Infekcja i/lub zaburzenia gojenia rany urazowej bądź pooperacyjnej.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Zaproponowano Pani/Panu zabieg rewizji rany z ewentualnym założeniem/ wymianą opatrunku próżniowego VAC. Celem operacji jest chirurgiczne oczyszczenie ogniska zapalnego (usunięcia treści ropnej, usunięcia martwiczych tkanek i ewentualnego pobrania do badania bakteriologicznego i/lub histopatologicznego zmienionej chorobowo tkanki), zwalczanie zakażenia, poprawa warunków gojenia zabezpieczenia implantów ortopedycznych (w przypadku obecności endoprotez lub zespolenia kostnego, rewizja może zapobiec ich usunięciu), zapobieganiu dalszym powikłaniom (takim jak przetoki, rozejście się rany, przewlekłe zakażenie czy sepsa.). Opatrunek VAC to system, który wykorzystuje kontrolowane podciśnienie do leczenia ran. Operacja zazwyczaj jest wykonywana na Bloku Operacyjnym Kliniki Ortopedii i Traumatologii lub na sali opatrunkowej.

Okolica operowana zostanie wyjałowiona i przykryta serwetami. Otworzenie rany usunięcie szwów, jeżeli są obecne, rozchylenie brzegów rany, ocena głębokości oraz rozległości zmian. Oczyszczenie (debridement) mechaniczne usunięcie martwicy i zakażonych tkanek. Pobranie materiału do badań wymaz lub biopsja do badania bakteriologicznego lub/i histopatologicznego, (i/lub innych badań). Płukanie roztworem antyseptycznym. Ocena implantów ortopedycznych, jeśli obecne - decyzja, czy można je zachować, czy trzeba usunąć. Założenie opatrunku próżniowego VAC (umieszczenie gąbki poliuretanowej w ranie, pokrycie rany folią adhezyjną, podłączenie systemu VAC, kontrola szczelności opatrunku).

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

Czasami niektóre rewizje rany z opatrunkiem VAC można przeprowadzać w znieczuleniu miejscowym (podanie leku przeciwbólowego (najczęściej Lignocainy) przy pomocy iniekcji w okolicę rany). Takie znieczulenie wykonuje operator (chirurg). W wybranych przypadkach też bez znieczulenia.

Oczekiwane korzyści: element walki z zagrażającą lub obecną infekcją. Możliwość wygojenia rany.



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

III. Zalecenia pooperacyjne

Zalecenia pooperacyjne zależą od przebiegu operacji. Lekarz ortopeda po operacji wyda zalecenia pooperacyjne i wypisowe, których należy przestrzegać.

Najczęstsze zalecenia po rewizji rany i założeniu opatrunku próżniowego VAC w ortopedii: w związku z podłączeniem urządzenia do prowadzenia terapii próżniowej pacjent w czasie leczenia będzie miał ograniczone możliwości swobodnego poruszania się. Zazwyczaj leczenie opatrunkiem VAC jest leczeniem szpitalnym i wymaga przedłużonej hospitalizacji. Jeśli nie ma innych przeciwwskazań pacjent może chodzić, ale nie powinien opuszczać sali chorych. Czasowe odłączanie, przerywanie terapii VAC jest możliwe tylko na wyraźne zlecenie lekarza/pielęgniarki w wyjątkowych sytuacjach. Samowolne przerywanie terapii może zniweczyć zupełnie jej cel. Pacjent musi też rozumieć, że sprzęt stosowny do terapii VAC jest kosztowny (wymiana, naprawy) jego uszkodzenie może również trwale uniemożliwić kontynuację terapii. Regularna wymiana opatrunku VAC, lekarz ortopeda poinformuje o kolejnych wymianach.

Farmakoterapia kontynuacja antybiotykoterapii zgodnie z zaleceniami lekarza, leki przeciwbólowe i przeciwzapalne według potrzeby, profilaktyka przeciwzakrzepowa w zależności od wskazań medycznych.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Postawa wyciekająca – czyli nierobienie niczego.

Stosowanie innych dostępnych opatrunków (zwykłych, bądź specjalistycznych jak np. Hydrocol, Aquacel Ag i inne.) bez ingerencji chirurgicznej.

Same oczyszczenie chirurgiczne rany bez stosowania opatrunku próżniowego VAC.

Należy jednak rozumieć, że to nie jest leczenie tożsame z leczeniem opatrunkiem próżniowym VAC i takie postępowanie niesie ze sobą z reguły bardzo duże ryzyko poważnych powikłań!

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 sytuacjach przyczyną śmierci.



Zabieg operacyjny rewizji rany i założenia/ wymiany opatrunku VAC jest obarczony następującym ryzykiem powikłań:

Wczesne powikłania (0–14 dni po zabiegu): zakażenie rany może być kontynuacją wcześniejszego zakażenia lub nowe nadkażenie, rozszczelnienie opatrunku VAC powoduje utratę podciśnienia i zmniejsza skuteczność terapii, uszkodzenie naczyń i nerwów, krwawienie lub krwiak w ranie pooperacyjnej, martwica tkanek wymaga ponownego oczyszczenia rany, reakcje na opatrunki, alergia, nadwrażliwość, miejscowe zapalenie skóry, zaburzenia w gospodarce białkowej organizmu pacjenta.

Późne powikłania (po 2 tygodniach lub po kilku miesiącach): przewlekłe zakażenie może dotyczyć głębokich struktur (kości, stawów, implantów), wymaga długotrwałej antybiotykoterapii lub usunięcia implantu, przetoka, patologiczne połączenie między raną a jamą ciała lub skórą (trudna do leczenia, często wymaga interwencji chirurgicznej), blizny patologiczne, blizny przerostowe (hipertroficzne) lub keloidy (mogą powodować ból, ograniczenie ruchomości, defekt estetyczny), zaburzenia czucia i ruchomości kończyny w wyniku uszkodzenia nerwów lub długotrwałego unieruchomienia, upośledzenie funkcji kończyny na skutek powstałych zrostów, 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) operowanej kończyny.

Istnieje ryzyko zakrzepicy żył głębokich, zatorowości płucnej związane z długotrwałym unieruchomieniem.

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

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

Stosowanie używek, nadmierne picie alkoholu, palenie tytoniu (w tym e-papierosów), stosowanie leków i substancji psychoaktywnych (poza zaleceniami lekarskimi) może negatywnie wpływać na proces gojenia i całości kształt leczenia.

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

Brak właściwego leczenia infekcji bądź nieprawidłowego gojenia rany może prowadzić do dalszego rozprzestrzeniania się zakażenia, niszczenia okolicznych tkanek w tym zajęcia tkanki kostnej (i jeśli jest obecny to też zainfekowania trwałego (biofilm) implantu), a w sytuacji skrajnej do konieczności podjęcia decyzji o amputacji kończyny lub wystąpienia wstrząsu septycznego i zgonu. Utrudnia to też dalsze leczenie pacjenta (im większa, głębsza rana tym trudniej doprowadzić do jej wygojenia). W dalszej perspektywie może mieć to wpływ na ostateczną funkcję kończyny, wygląd estetyczny kończyny oraz szeroko rozumianą jakość życia pacjenta.

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 REWIZJI RANY (LUB RANY POOPERACYJNEJ) I ZAŁOŻENIE / WYMIANY* OPATRUNKU PRÓŻNIOWEGO VAC

W dniu ____/____/_____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej operacji rewizji rany (lub rany pooperacyjnej) i założenie / wymiany* opatrunku próżniowego VAC.**

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 rewizji rany (lub rany pooperacyjnej) i założenie / wymiany* opatrunku próżniowego VAC.

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 rewizji rany (lub rany pooperacyjnej) i założenie / wymiany* opatrunku próżniowego VAC.

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 operacji rewizji rany (lub rany pooperacyjnej) i założenie / wymiany opatrunku próżniowego VAC. (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/am o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej oraz udzieliłem/am odpowiedzi na jej/jego pytania. Poinformowałem/am 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 **operacji rewizji rany (lub rany pooperacyjnej) i założenie / wymiany* opatrunku próżniowego VAC** 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 sądu opiekuńczego **na przeprowadzenie operacji rewizji rany (lub rany pooperacyjnej) i założenie / wymiany* opatrunku próżniowego VAC.**

(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