



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 REWIZYJNEJ REKONSTRUKCJI WIĘZADŁA KRZYŻOWEGO PRZEDNIEGO STAWU KOLANOWEGO LEWEGO/PRAWEGO*

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Nawrotowa niestabilność kolana spowodowana zerwaniem przeszczepu po poprzedniej rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego może prowadzić do przewlekłego bólu i obrzęków, niestabilności i nawracających epizodów "uciekania" kolana, postępujących uszkodzeń łąkotec i chrząstki stawowej, wtórnych zmian zwyrodnieniowych.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Operacja polega na usunięciu poprzednich implantów i resztek przeszczepu, ponownej rekonstrukcji z użyciem innej własnej tkanki pobranej z tej samej lub przeciwnej kończyny, ewentualnie tkanki pobranej od martwego dawcy (allografty) lub materiału syntetycznego. W niektórych przypadkach konieczna jest operacja dwuetapowa, w pierwszym etapie odbudowuje się kanały kostne wypełniając je przeszczepem kości własnej, od zmarłego dawcy (allografty) lub materiałem syntetycznym. W drugim etapie po wgojeniu się przeszczepów kostnych i przebudowaniu się kanałów kostnych wykonuje się kolejną operację - właściwą rekonstrukcję więzadła.

Rzadko w czasie rekonstrukcji więzadeł kolana zachodzi konieczność wykorzystania śródoperacyjnego 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 β -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 (85-90% skuteczności), zmniejszenie dolegliwości bólowych i zmniejszenie ryzyka dalszych uszkodzeń stawu.



(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. 0–8 tygodni: orteza stabilizująca, chodzenie o kulach z częściowym lub całkowitym odciążaniem, ćwiczenia ze zwiększaniem zakresem ruchu (w zależności od techniki operacyjnej i uszkodzeń współistniejących). 8–16 tygodni: Stopniowe zwiększanie obciążenia. Ćwiczenia propriocepcji i koordynacji. Po 9 miesiącach: Stopniowy powrót do biegania i aktywności sportowej (za zgodą lekarza i/lub fizjoterapeuty). Powrót do sportów kontaktowych i gier zespołowych jest możliwy najwcześniej po 12 miesiącach.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Leczenie zachowawcze polegające na fizjoterapii wzmacniające mięśnie stabilizujące staw kolanowy.

Orteza stabilizująca staw kolanowy.

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

Ogólne ryzyko wystąpienia powikłań w czasie operacji rewizyjnych jest większe niż w przypadku operacji pierwotnych. 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: Krwaki śródstawowy (5–10% przypadków), infekcja (<3%), 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 (10-15%), przerost blizny, ból w miejscu pobrania przeszczepu. Nawrotowa niestabilność (10-15%). 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, liczba wcześniejszych operacji kolana mogą zwiększać ryzyko powikłań.

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

Ryzyko operacji _____

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 łąkotec, ograniczenie aktywności sportowej, wczesne zmiany zwyrodnieniowe.

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



IX. Oświadczenia Pacjenta dotyczące proponowanej operacji REWIZYJNEJ REKONSTRUKCJI WIĘZADŁA KRZYŻOWEGO PRZEDNIEGO STAWU KOLANOWEGO LEWEGO/PRAWEGO*

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej operacji rewizyjnej 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 następstwach 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 **rewizyjnej 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 operacji rewizyjnej 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 operacji rewizyjnej 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

*niepotrzebne skreślić



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 na przeprowadzenie rewizyjnej rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego stawu kolanowego lewego/prawego w formie pisemnej z powodu:

Pacjent złożył oświadczenie o wyrażeniu zgody/odmowie wyrażenia zgody* **na przeprowadzenie zaproponowanej operacji rewizyjnej 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 sądu opiekuńczego **na przeprowadzenie operacji rewizyjnej 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):

data

podpis i pieczętka lekarza