



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 ARTROSKOPII BARKU LEWEGO/PRAWEGO*

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

I. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Zaproponowano Pani/Panu zabieg operacyjny artroskopii barku. Celem zabiegu jest diagnostyka i leczenie uszkodzeń w obrębie stawu ramiennego i przestrzeni podbarkowej (np. uszkodzenia stożka rotatorów, obrąbka, zmiany zwyrodnieniowe, ciasnota podbarkowa, niestabilność stawu). Operacja jest wykonywana na Bloku Operacyjnym Kliniki Ortopedii i Traumatologii. Przez kilka niewielkich nacięć skóry (ok. 5 mm) do stawu wprowadza się kamerę artroskopową i narzędzia. Staw zostaje wypełniony jałowym roztworem soli fizjologicznej. Możliwe czynności to: szycie lub rekonstrukcja stożka rotatorów, stabilizacja obrąbka, usunięcie wyrostki kostnych, leczenie ciasnoty podbarkowej. W razie konieczności część czynności może zostać wykonana metodą otwartą. Na nacięte miejsca zakładane zostaną szwy.

Na koniec założony zostanie opatrunek.

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

Oczekiwana korzyścią operacji jest zmniejszenie bólu i poprawa funkcji stawu barkowego. Nie zawsze pełne osiągnięcie celu operacji jest możliwe.



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

II. Zalecenia pozabiegowe

Postępowanie pooperacyjne zależy od zakresu zabiegu.

Zazwyczaj obejmuje:

- unieruchomienie kończyny górnej w ortezie lub temblaku - rodzaj unieruchomienia oraz jego czas będzie wskazany przez lekarza,
- stopniowe wprowadzanie ćwiczeń rehabilitacyjnych,
- zimne okłady w celu zmniejszenia obrzęku i bólu,
- leczenie przeciwbólowe (wg zaleceń),
- kontrole ortopedyczne (w tym zdjęcie szwów).

Rehabilitacja jest niezbędnym elementem leczenia, ustalana indywidualnie przez lekarza i fizjoterapeutę,

III. Opis innych dostępnych metod leczenia

- leczenie zachowawcze: rehabilitacja, farmakoterapia, iniekcje dostawowe,
- brak leczenia z akceptacją objawów,
- inne metody operacyjne (operacja otwarta barku, endoproteza barku)

IV. 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.

Powikłania wczesne:

- konieczność konwersji do zabiegu otwartego,
- krwiak, obrzęk, infekcja rany lub stawu,
- uszkodzenie struktur stawu (chrząstki, więzadeł, ścięgien),
- uszkodzenie nerwów (np. pachowego, mięśniowo-skórnego) lub naczyń,

**niepotrzebne skreślić*



- zakrzepica żylna, zatorowość płucna (rzadko).

Powikłania późne:

- ograniczenie zakresu ruchu, sztywność barku,
- blizna bolesna,
- przewlekły ból (w tym zespół algodystroficzny),
- brak pełnego ustąpienia dolegliwości,
- nawrotowa niestabilność barku.

V. 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

VI. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

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

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

VII. 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.



VIII. Oświadczenia Pacjenta dotyczące ARTROSKOPII BARKU LEWEGO/PRAWEGO*

W dniu ____/____/_____/ lekarz przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej artroskopii barku 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 **artroskopii stawu barku 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 artroskopii stawu barku 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 artroskopii stawu barkowego lewego/prawego*. Podanie uzasadnienia jest dobrowolne).

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



IX. 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 artroskopii stawu barkowego lewego/prawego* w formie pisemnej z powodu:

Pacjent złożył oświadczenie o wyrażeniu zgody/odmowie wyrażenia zgody* **na przeprowadzenie zaproponowanej artroskopii barku 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 proponowanej artroskopii barku 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