



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 REPOZYCJI ZŁAMANIA..... I UNIERUCHOMIENIA W OPATRUNKU GIPSOWYM

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Złamanie kości polega na przerwaniu ciągłości tkanki kostnej często z przemieszczeniem odłamów powodując upośledzenie funkcji kończyny oraz silne dolegliwości bólowe.

II. Opis przebiegu proponowanego zabiegu, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Zabieg odbywa się w warunkach bloku operacyjnego lub na sali zabiegowej. Ortopeda wykonuje manipulacje na kończynie dokonując repozycji (nastawienia) złamania i unieruchamia kończynę w opatrunku gipsowym. Zaletą tej procedury jest uniknięcie zabiegu operacyjnego i stabilizacji wewnętrznej implantami metalowymi, które czasami należy w terminie późniejszym usunąć co skutkuje ponową operacją.

Czasami w czasie nastawiania złamania zachodzi konieczność wykorzystania śródzabiegowo z 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).

Czasami repozycję złamania można przeprowadzać w znieczuleniu miejscowym (podanie leku przeciwbólowego (najczęściej Lignocainy) w okolicę miejsca złamania przy pomocy iniekcji). Takie znieczulenie wykonuje operator (ortopeda). W niektórych przypadkach można wykonać próby nastawienia stawu/protezy po podaniu leków przeciwbólowych bez typowego znieczulenia.

Oczekiwaną korzyścią operacji jest zazwyczaj zmniejszenie dolegliwości bólowych i poprawa funkcji.



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

III. Zalecenia pozabiegowe

Utrzymanie unieruchomienia gipsowego w przypadku prawidłowego ustawienia odłamów przez kilka tygodni w zależności od złamanej kości. Regularne kontrole w Poradni Ortopedycznej. W przypadku kończyny dolnej wskazana jest z reguły profilaktyka przeciwzakrzepowa farmakologiczna.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Alternatywną metodą leczenia jest operacyjne nastawienie i stabilizacja implantami metalowymi (płytki, śruby, druty itp).

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

Możliwość wystąpienia narastania obrzęku pod gipsem manifestującego się wzmożonym bólem w okolicy złamania oraz obrzękiem i drętwieniem palców na danej kończynie oraz późnych pod postacią algodystrofii współczulnej.

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

(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

(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 proponowanej REPOZYCJI ZŁAMANIA..... I UNIERUCHOMIENIA W OPATRUNKU GIPSOWYM

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat proponowanego zabiegu repozycji złamania..... i unieruchomienia w opatrunku gipsowym.

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 repozycji złamania..... i unieruchomienia w opatrunku gipsowym.

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 repozycji złamania..... i unieruchomienia w opatrunku gipsowym.

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 repozycji złamania..... i unieruchomienia w opatrunku gipsowym. 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 repozycji złamania..... i unieruchomienia w opatrunku gipsowym** 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 repozycji złamania..... i unieruchomienia w opatrunku gipsowym.**

(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