



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 TORBIELI ŚLUZOWEJ ZATOKI CZOŁOWEJ (MUCOCELE)

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Torbiel śluzowa zatoki czołowej (mucosele) to przewlekła, wolno rosnąca zmiana patologiczna, powstająca w wyniku zablokowania naturalnego odpływu wydzieliny ze światła zatoki. Gromadzący się śluz i treść zapalna prowadzą do rozprężającego wzrostu torbieli, która może stopniowo niszczyć otaczające struktury kostne i sąsiednie tkanki.

Mucosele zatoki czołowej najczęściej rozwija się w wyniku: przewlekłych zapaleń zatok, wcześniejszych urazów lub zabiegów chirurgicznych, bliznowacenia ujść zatok, zaburzeń drożności przewodów nosowych. Objawy zależą od wielkości torbieli i stopnia nacisku na sąsiednie struktury. Mogą obejmować: przewlekłe bóle głowy, zwłaszcza w okolicy czoła, uczucie ucisku lub rozpierania w okolicy zatoki, obrzęk czoła lub górnej powieki, podwójne widzenie, zaburzenia widzenia (w przypadku naciekania oczodołu), w cięższych przypadkach objawy neurologiczne (przy nacisku na struktury wewnątrzczaszkowe).

Leczenie polega na chirurgicznym usunięciu torbieli i przywróceniu drożności naturalnych dróg odpływu zatoki. Zabieg zapobiega dalszemu rozprężaniu zmiany i ewentualnym powikłaniom oczodołowym lub wewnątrzczaszkowym.

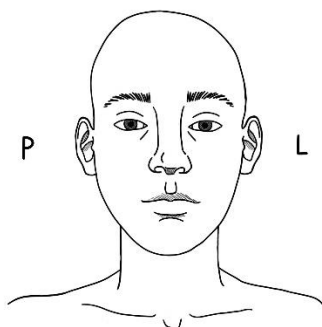
II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenia i oczekiwane korzyści

Operacja polega na wytworzeniu komunikacji pomiędzy zablokowanym ujściem zatoki czołowej lub sitowia a jamą nosa i opróżnieniu zatoki z treści zastoinowej. Zabieg wykonuje się endoskopowo, przez nos lub przy braku dobrych warunków anatomicznych z cięcia zewnętrznego w łuku brwiowym. **Zabieg wykonuje się w znieczuleniu ogólnym.** W niektórych przypadkach przy braku drożności przewodu nosowo-czołowego trzeba w jego świetle pozostawić drenik. Zabieg operacyjny będzie wykonywany zgodnie z dostępną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności. Zabieg operacyjny przeprowadza się w ramach konkretnych warunków sprzętowych, lokalowych i finansowych, którymi dysponuje dany oddział / szpital / jednostka organizacyjna w danym momencie.

Zabiegi operacyjne mogą być powiązane z różnym procentowo ryzykiem powikłań (możliwość wystąpienia kilku czynników z niżej wymienionych): zależnym od indywidualnych warunków pacjenta (w szczególności takie jak stan ogólny, choroby towarzyszące, schorzenia przewlekłe, warunki anatomiczne), zależnym od pory roku (w szczególności takie jak okres infekcji jesienno-zimowych, ponadnormatywnie wysokie temperatury latem) zależnym od czynników zewnętrznych, niespodziewanych i niemożliwych do przewidzenia (w szczególności takie jak zwiększona zakaźność w stanie epidemii, klęski żywiołowe).

Zabieg operacyjny przeprowadza się w warunkach wywiadu przedoperacyjnego z pacjentem przy założeniu pełnej współpracy ze strony pacjenta i jego rodziny, gdy została ona upoważniona do współdziałania i udzielania informacji dotyczących indywidualnych warunków pacjenta. Informacje nieudzielone lekarzowi, a mogące okazać się istotne dla przebiegu zabiegu, wielokrotnie zwiększają ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych w trakcie zabiegu.

Oczekiwane korzyści obejmują: poprawa jakości życia, ustąpienie dolegliwości bólowych w obrębie twarzoczaszki.



Rysunek poglądowy. Nie jest specjalistyczną ilustracją medyczną.

III. Zalecenia pooperacyjne

Po wyjściu ze szpitala będzie Pan/Pani wymagał/a kontroli ambulatoryjnej oraz stosowania zaleceń ujętych w Karcie Informacyjnej otrzymanej przy wypisie.

Po zabiegu zaleca się: unikać wysiłku fizycznego przez co najmniej 7–14 dni po zabiegu, nie dźwigać ciężkich przedmiotów, nie uprawiać sportu, unikać pochylania głowy w dół, nie wydychać nosa przez 14 dni po operacji, w razie potrzeby delikatnie oczyścić nos chusteczką, wydychanie może spowodować krwawienie lub przemieszczenie skrzepów, stosować irygacje nosa solą fizjologiczną lub preparatami z solą morską (np. spray izotoniczny) 3–4 razy dziennie zgodnie z zaleceniami lekarza. Pomaga to oczyścić jamy nosowe i przyspiesza gojenie, przyjmować przepisane leki, w tym ewentualnie antybiotyki, leki przeciwbólowe lub sterydy donosowe zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego, unikać przebywania w zadymionych, zapyłonych pomieszczeniach oraz ekspozycji na gwałtowne zmiany temperatury (np. klimatyzacja, sauna, zimne powietrze), nie palić papierosów ani nie spożywać alkoholu przez co najmniej 2 tygodnie po zabiegu opóźniają one gojenie i zwiększają ryzyko infekcji.

Zgłosić się na wyznaczoną kontrolę laryngologiczną w terminie wskazanym przez lekarza zwykle w ciągu 7–10 dni po zabiegu w przypadku wystąpienia niepokojących objawów, takich jak: obfite krwawienie z nosa, silny ból niewywołany wysiłkiem, gorączka powyżej 38°C, wyciek ropny z nosa lub nieprzyjemny zapach, należy niezwłocznie skontaktować się z lekarzem prowadzącym lub udać się do najbliższego SOR.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Brak alternatywnych metod leczenia.

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

Każdy zabieg chirurgiczny (operacja) może wiązać się: z następstwami, które są wynikiem choroby lub leczenia (mogą wystąpić na każdym etapie diagnostyki i leczenia), z powikłaniami, które choć nie są wynikiem błędu to są zdarzeniami niepożądanymi (występują z różną częstością).

Po zabiegu mogą wystąpić następujące następstwa lub powikłania:

Wyjątkowo rzadkie, opisywane w pojedynczych przypadkach na świecie: zawał mięśnia sercowego, udar mózgu, zator lub zakrzep, zgon.

Częste, lecz niegroźne: krwawienie wczesne (do 24h), może wymagać tamponady, krwawienie późne (najczęściej do 7 doby, rzadko-późniejsze), może wymagać tamponady, obrzęk okolicy czoła i powiek po stronie operowanej, zasinienie, ból w okolicy przysiódkowego kąta oczodołu, zapalenie tkanek oczodołu, konieczność oczyszczania nosa i nakładania maści, rozwój zrostów wewnątrznosowych, wtórna niedrożność zatok po tej stronie, konieczność ponownego



zabiegu, nawrót dolegliwości, ponowna niedrożność wytworzonego zespolenia, konieczność ponownego zabiegu.

Rzadkie, lecz poważniejsze: krwiak oczodołu, odma, utrwalone objawy ze strony oczodołu takie jak dwojenie, łzawienie, płynotok, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, konieczność przeprowadzenia zabiegu naprawczego.

Bardzo rzadko: powikłanie o charakterze krwawienia z zatoki jamistej, odma śródczaszkowa.

Po każdym rozległym zabiegu chirurgicznym mogą wystąpić poważne powikłanie ogólne: zapalenie płuc, zatory i zakrzepy żyłne, udar mózgu, zakażenie ogólnoustrojowe, zawał mięśnia sercowego, niewydolność oddechowa i zgon.

Wymieniono większość następstw i powikłań, które mogą wystąpić ale w medycynie zawsze może dojść do sytuacji jeszcze nieopisywanych w literaturze fachowej, związanych z nietypową anatomią lub nietypową reakcją organizmu pacjenta. Ze wszystkimi pytaniami i wątpliwościami należy się zgłaszać do lekarza prowadzącego.

Operacja może wymagać przetoczenia krwi.

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 np.: POSSUM _____

Dla zabiegów „małych” Ryzyko powikłań [] małe [] średnie [] duże

VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Operacji torbieli śluzowej zatoki czołowej (mucocela) poprawia drożność naturalnych ujść zatok, zmniejsza objawy przewlekłego zapalenia zatok oraz zapobiega nawrotom infekcji i pogorszeniu drożności nosa. W późnym okresie po operacji możliwy jest nawrót objawów, zwłaszcza u pacjentów z chorobami przewlekłymi (np. astma, polipy nosa, alergia).

Do późnych powikłań należą: zrosty wewnątrznosowe mogące pogarszać drożność nosa, ponowny rozwój polipów, przewlekłe krwawienia z nosa, zaburzenia węchu (hiposmia lub anosmia), a rzadziej perforacja przegrody nosa.

U niektórych pacjentów konieczne jest leczenie uzupełniające farmakologiczne lub reoperacja.

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

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Narastające problemy z oddychaniem przez nos, pogorszenie stanu zdrowia.

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

IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanej



OPERACJI TORBIELI ŚLUZOWEJ ZATOKI CZOŁOWEJ (MUCOCELE)

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej operacji torbieli śluzowej zatoki czołowej (mucosele)**.

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 torbieli śluzowej zatoki czołowej (mucosele).

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 torbieli śluzowej zatoki czołowej (mucosele).

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 torbieli śluzowej zatoki czołowej (mucosele). (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 torbieli śluzowej zatoki czołowej (mucosele)** 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 torbieli śluzowej zatoki czołowej (mucosele).**
(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 i godzina

podpis i pieczętka lekarza