



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. 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. Celem operacji jest chirurgiczne oczyszczenie ogniska zapalnego (usunięcia treści ropnej, usunięcia martwiczych tkanek, ciał obcych, i ewentualnego pobrania do badania bakteriologicznego i/lub histopatologicznego zmienionej chorobowo tkanki), poprawa warunków gojenia (stworzenie środowiska sprzyjającego regeneracji tkanek i zamknięciu rany), zapobieganiu dalszym powikłaniom (np. rozejściu się rany, powstaniu przetok, zakażeniu głębokich struktur kości, stawów). 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, skrzepów, płukanie roztworem antyseptycznym. Pobranie materiału do badań wymaz lub biopsja do badania bakteriologicznego lub/i histopatologicznego

W trakcie operacji lekarz z racji na stan miejscowy może podjąć decyzję o założeniu opatrunku VAC na ranę.

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

Czasami niektóre rewizje rany 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 pozabiegowe zależą od przebiegu operacji. Lekarz ortopeda po operacji wyda zalecenia pooperacyjne i wypisowe, których należy przestrzegać.

Najczęstsze zalecenia po rewizji rany w ortopedii: regularna zmiana opatrunków, szczególnie jeżeli rana sączy się lub występuje wysięk. Może zająć konieczność stosowania opatrunków specjalistycznych, o tym fakcie poinformuje pacjenta lekarz/pielęgniarka opatrunkowa. Stosowanie preparatów antyseptycznych do dezynfekcji (np. Octenilin, Prontosan). Ograniczenie aktywności fizycznej, oszczędzający tryb życia do czasu wygojenia rany. Pacjent będzie poinformowany przez lekarza ortopeda, czy istnieją wskazania do odciążania operowanej kończyny np. za pomocą kul, ortezy czy longety gipsowej.

Farmakoterapia kontynuacja antybiotykoterapii zgodnie z zaleceniami lekarza, leki przeciwbólowe i przeciwzapalne według potrzeby. Może zająć konieczność włączenia profilaktyki farmakologicznej przeciwzakrzepowej.

Kontrole lekarskie, termin usunięcia szwów zostanie ustalony indywidualnie, regularne wizyty kontrolne w celu oceny gojenia i ewentualnej rehabilitacji.

### **IV. Opis innych dostępnych metod leczenia**

Postawa wyczekująca – czyli nierobienie niczego.

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

**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 jest obarczony następującym ryzykiem powikłań:

**Wczesne powikłania** (0–14 dni po zabiegu): zakażenie rany może prowadzić do ropnia, sepsy lub konieczności kolejnej rewizji, rozejście się rany, może wymagać ponownego zaopatrzenia chirurgicznego, uszkodzenie naczyń i nerwów, krwawienie lub krwiak w ranie pooperacyjnej (w tym krwiak wymagający punkcji stawu), martwica tkanek wymaga ponownego oczyszczenia rany, reakcje na szwy lub opatrunki, alergia, nadwrażliwość, miejscowe zapalenie skóry.

**Późne powikłania** (po 2 tygodniach lub 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), zrosty i ograniczenie ruchomości w okolicach stawów, 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

(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 całokształt 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 dot. proponowanej operacji REWIZJI RANY LUB RANY POOPERACYJNEJ**

W dniu \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ lekarz .....

przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej operacji rewizji rany lub rany pooperacyjnej**. 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.**

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.**

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. (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** 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.**

*(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