



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 FUNKCJONALNEJ ENDOSKOPOWEJ CHIRURGII ZATOK PRZYNOSOWYCH – FESS)

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Stwierdzono u Pana/Pani przewlekłe zapalenie zatok przynosowych, które nie ustępuje pomimo prowadzonego leczenia zachowawczego (farmakologicznego). Przewlekłe zapalenie zatok przynosowych jest chorobą zapalną błony śluzowej nosa i zatok przynosowych, utrzymującą się co najmniej 12 tygodni. Objawy najczęściej zgłaszane przez pacjentów to: niedrożność nosa, wydzielina z nosa lub spływająca po tylnej ścianie gardła, zaburzenia węchu, bóle i uczucie ucisku w obrębie twarzy oraz uczucie przewlekłego zmęczenia.

Przewlekłe zapalenie zatok jest powszechnym schorzeniem, które dotyczy istotnej części dorosłej populacji i znacząco wpływa na jakość życia. Przyczyny choroby mogą być różnorodne i często mają charakter wieloczynnikowy. Do głównych czynników sprzyjających jej rozwojowi należą: wcześniejsze infekcje wirusowe i bakteryjne, alergie, polipy nosa, skrzywienie przegrody nosowej, a także czynniki środowiskowe, takie jak długotrwała ekspozycja na zanieczyszczenia powietrza.

W przypadku niepowodzenia leczenia farmakologicznego (np. kortykosteroidami donosowymi, antybiotykami, irygacjami), wskazane jest leczenie operacyjne. Celem funkcjonalnej endoskopowej chirurgii zatok przynosowych (FESS) jest udrożnienie naturalnych ujść zatok, usunięcie zmian patologicznych (np. polipów) i poprawa wentylacji zatok, co umożliwia lepszy dostęp leków i zmniejszenie objawów choroby.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenia i oczekiwane korzyści

Wskazana jest w przewlekłym zapaleniu zatok przynosowych. Polega na usunięciu z nosa, z komórek sitowych, zatok szczękowych, czołowych i klinowych polipów, tkanek zapalnych, nieprawidłowych przegród kostnych, odblokowaniu ujść naturalnych zatok, wypłukaniu zatok i usunięciu patologicznej wydzieliny (ropy, mas grzybiczych, treści zastoinowej). Można jednocześnie wykonać wyprostowanie przegrody nosa i zmniejszyć małżowiny nosowe dolne (o ile jest to konieczne). Wykonywany jest zawsze **w znieczuleniu ogólnym**.

Uwaga: zabieg przywraca drożność nosa, poprawia wentylację zatok przynosowych i węch (o ile brak węchu nie trwał latami), pozwala na złagodzenie zatoko-pochodnych bólów głowy, ale nie zabezpiecza przed odrostem polipów w przypadku alergii, nie jest też skuteczny w przypadku przewlekłego ściekania wydzieliny po tylnej ścianie gardła.

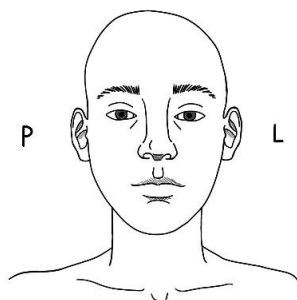
Jest zabiegiem wieloetapowym i złożonym, zakres zabiegu zależy od rozległości zmian, nie wszystkie etapy muszą być wykonywane w Pana/Pani przypadku: usunięcie wyrostka haczykowatego, poszerzenie ujścia zatoki szczękowej, otwarcie sitowia przedniego i zachyłka czołowego, otwarcie sitowia tylnego, otwarcie zatoki klinowej.

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 oddychania i życia.



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 wydmuchiwać nosa przez 14 dni po operacji, w razie potrzeby delikatnie oczyścić nos chusteczką, wydmuchiwanie 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 lub metod diagnostycznych.

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

Każdy zabieg chirurgiczny (operacja) może wiązać się: z następstwami, które są wynikiem choroby i leczenia i mają prawo wystąpić, oraz z powikłaniami, które choć nie są wynikiem błędu to są zdarzeniami niepożądanymi (występują z różną częstotliwością).

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, odma na twarzy, odma w obrębie powiek po stronie operowanej, obrzęk, zasinienie, ból w okolicy policzka, ropień policzka, zapalenie kości twarzy, nawroty infekcji, formowanie się strupów, skrzepów, ewakuacja fragmentów tkanek, nieprzyjemny zapach, konieczność oczyszczania nosa i nakładania maści, rozwój zrostów wewnątrznosowych, dolegliwości o charakterze neuralgii, ponowny odrost polipów (zwłaszcza przy braku odczulania) lub przerost tkanek zapalnych (przy nawracających infekcjach), bardzo rzadko: trwały brak węchu po zabiegu.

Rzadkie, lecz poważniejsze: masywne krwawienie wymagające podwiązania tętnicy na szyi, krwiak oczodołu, bardzo rzadko: uszkodzenie nerwu wzrokowego, utrwalone objawy ze strony oczodołu: zaburzenia widzenia (dwojenie), łzawienie, płynotok, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, konieczność przeprowadzenia zabiegu naprawczego, bardzo rzadko: krwawienie z zatoki jamistej, bardzo rzadko: odma śródczaszkowa z koniecznością zabiegu neurochirurgicznego, bardzo rzadko: ślepotą oka po stronie operowanej, bardzo rzadko skaleczenie i krwotok z tętnicy szyjnej wewnętrznej.

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.

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

Operacja endoskopowa zatok przynosowych (ESS/FESS) poprawia drożność naturalnych ujść zatok, zmniejsza objawy przewlekłego zapalenia zatok oraz zapobiega nawrotom infekcji i pogorszeniu drożności nosa. Zabieg nie eliminuje przyczyny choroby, dlatego 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

FUNKCJONALNEJ ENDOSKOPOWEJ CHIRURGII ZATOK PRZYNOSOWYCH – FESS)

W dniu ____/____/____/ lekarz

przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej funkcjonalnej endoskopowej chirurgii zatok przynosowych - FESS**.

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 **funkcjonalnej endoskopowej chirurgii zatok przynosowych - FESS.**

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 funkcjonalnej endoskopowej chirurgii zatok przynosowych - FESS.

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 funkcjonalnej endoskopowej chirurgii zatok przynosowych - FESS. (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 funkcjonalnej endoskopowej chirurgii zatok przynosowych - FESS** 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 funkcjonalnej endoskopowej chirurgii zatok przynosowych - FESS.**

(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