



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 ARTROSKOPII STAWU BIODROWEGO LEWEGO/PRAWEGO*

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Rozpoznano u Pani/Pana _____

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Zaproponowano Pani/Panu zabieg operacyjny artroskopii stawu biodrowego. Celem zabiegu operacyjnego jest rozpoznanie uszkodzonych struktur w obrębie stawu jak również artroskopowe usunięcie bądź leczenie elementów powodujących upośledzenie funkcji kończyny (uszkodzonego fragmentu łąkotki, chrząstki, ciała wolnego, przerośniętej błony maziowej, troczków rzepki, itp.). Operacja jest wykonywana na Bloku Operacyjnym Kliniki Ortopedii i Traumatologii. Pacjent zostanie przypięty do specjalnie skonstruowanego na stole operacyjnym wyciągu za kończyny dolne. Miejsce operowane zostanie wyjałowione oraz przykryte jałowymi serwetami. Operacja odbywać się będzie również pod kontrolą skopii rentgenowskiej. Przez kilka małych nacięć skórnych zostanie wprowadzona do stawu optyka kamery artroskopowej. Przecięta zostaje od wewnątrz torba stawowa (kapsulotomia). Staw zostanie wypełniony płynem (jałowym roztworem soli fizjologicznej). Proces leczenia będzie następował pod kontrolą wprowadzonej do stawu optyki kamery dzięki obserwowanemu na monitorze obrazie z kamery. W razie stwierdzenia wskazań do naprawy/częściowego lub całkowitego usunięcia uszkodzonych elementów stawu zostaną przeprowadzone konieczne czynności. Przy bardziej złożonych rekonstrukcjach niektóre elementy operacji mogą zostać wykonane częściowo lub całkowicie „na otwarto” (bez użycia artroskopu). Na nacięte miejsca zakładane zostaną szwy. Na koniec założony zostanie opatrunek.

W czasie artroskopii biodra zazwyczaj zachodzi konieczność wykorzystania śródoperacyjne 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).

Oczekiwana korzyścią operacji jest zazwyczaj zmniejszenie dolegliwości bólowych stawu i poprawa jego funkcji.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

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

III. Zalecenia pozabiegowe

Postępowanie pooperacyjne zależy od przebiegu operacji. Należy jednak pamiętać, że proces przebudowy i gojenia tkanek jest rozłożony w czasie, dlatego w procesie postępowania pooperacyjnego są przewidziane procedury odciążające operowaną kończynę (np. orteza, kule). Lekarz ortopeda po operacji wyda zalecenia pooperacyjne i wypisowe, których należy przestrzegać. Integralną częścią procesu leczenia jest rehabilitacja. Zakres i forma rehabilitacji są ustalane w zależności od sytuacji klinicznej pacjenta przez lekarza ortopedę/lekarza rehabilitacji medycznej i/lub fizjoterapeutę.

Najczęstsze zalecenia pooperacyjne po artroskopii biodra to:

- Chodzenie z pomocą 2 kul łokciowych z odciążaniem operowanej kończyny (lub całkowity zakaz obciążania kończyny przy chodzeniu do 6 tyg.).
- Układanie przeciwobrzękowe operowanej kończyny.
- Oszczędzanie kończyny, ograniczenie chodzenia.
- Okłady z lodu.
- Skierowanie do Poradni Rehabilitacyjnej.
- Kontrole w Poradni Ortopedycznej do zakończenia leczenia (w tym zdjęcie szwów).
- Stosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej (w tym profilaktyki farmakologicznej).
- Leczenie przeciwbólowe.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Pacjenci mogą być również leczeni zachowawczo. Leczenie wówczas polega głównie na systematycznym uczestniczeniu w dedykowanym programie rehabilitacyjnym, podawaniu leków kontrolujących ból (także o działaniu przeciwzapalnym).

Brak leczenia z akceptacją objawów.

Inny rodzaj leczenia operacyjnego.

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



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

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 także w bardzo rzadkich przypadkach przyczyną śmierci.

Zabieg operacyjny artroskopii stawu obarczony jest ryzykiem następujących powikłań:

Wczesnych:

- krwiak w ranie pooperacyjnej
- przemijające zaburzenia czucia i obrzęk okolicy krocza, uszkodzenie nerwu skórno-udowego bocznego, pośladkowego górnego
- konieczność odstąpienia od artroskopii i kontynuowania operacji „na otwarto”
- zropienie rany pooperacyjnej
- zakrzepica żył głębokich i/lub zator tętnicy płucnej (zatorowość płuc)
- uszkodzenie dużych naczyń i nerwów

Późnych:

- niedoczulica skóry w operowanym obszarze
- wygojenie rany pooperacyjnej z twardą, bolesną blizną
- przetoka stawowa
- artrofibroza (sztywność stawu – brak powrotu pełnego zakresu ruchomości w stawie)
- zabieg operacyjny nie spełnia w pełni założeń planowanych przed operacją (np. brak wygojenia się sztych/rekonstruowanych struktur stawu)
- możliwość rozwinięcia się zespołu algodystroficznego (przewlekłego zespołu bólowego) operowanej kończyny.

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

Stosowanie używek (nadmierne picie alkoholu, palenie tytoniu (w tym używanie e-papierosów), stosowanie leków i substancji psychoaktywnych (poza zaleceniami lekarskimi) może negatywnie wpływać na proces gojenia oraz 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)



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Ryzyko odległych powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VIII. 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.

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



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

IX. Oświadczenia pacjenta dotyczące operacji ARTROSKOPII STAWU BIODROWEGO LEWEGO/PRAWEGO*

W dniu ____/____/____/ lekarz przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej operacji artroskopii stawu biodrowego 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

*niepotrzebne skreślić



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanej operacji artroskopii stawu biodrowego 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 operacji artroskopii stawu biodrowego 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 operacji artroskopii stawu biodrowego lewego/prawego. Podanie uzasadnienia jest dobrowolne).*

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

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 operacji artroskopii stawu biodrowego 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 operacji artroskopii stawu biodrowego 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