



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 AMPUTACJI KOŃCZYNY.....NA POZIOMIE.....

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Powodem kwalifikacji do przeprowadzenia amputacji jest trwałe, nienaprawialne, rozległe uszkodzenie kończyny będące skutkiem urazu, infekcji, procesu nowotworowego, nasilonej deformacji lub niewystarczającego ukrwienia uniemożliwiające przeprowadzenie zabiegów oszczędzających i/lub grożące progresją w kierunku tułowia co skutkować może zagrożeniem dla zdrowia i życia. Czasami wskazaniem do amputacji może być znaczna dysfunkcja kończyny będąca wynikiem przebytych w przeszłości lub toczących się chorób albo przebytych urazów, kiedy pozostawianie kończyny rokuje gorszą sprawnością i niższą jakością życia niż amputacja i ewentualne zaopatrzenie w protezę.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Amputacja to zabieg chirurgiczny, który polega na usunięciu kończyny lub jej fragmentu (skróceniu kończyny) z wytworzeniem funkcjonalnego kikuta. Poszczególne tkanki są zaopatrywane i formowane w celu uzyskania optymalnego kształtu i funkcji kikuta (zachowanej części kończyny) umożliwiającego ewentualne zaopatrzenie w protezę. O znieczuleniu do operacji decyduje lekarz anestezjolog (osobny formularz zgody na znieczulenie). Czasami np. amputacje palców, przeprowadzane są w znieczuleniu miejscowym (np. tzw. znieczulenie Obersta) wykonywanym przez operatora. Zabieg ten ma na celu ograniczenie lub usunięcie ryzyka zagrożenia dla zdrowia i życia lub poprawę sprawności i jakości życia poprzez usunięcie utrudniającego funkcjonowanie kończyny/fragmentu kończyny i w miarę możliwości umożliwienie zaopatrzenia w protezę chorej kończyny.

III. Zalecenia pozabiegowe

Po zabiegu konieczne jest dbanie o ranę pooperacyjną, kontrola lekarska i zdjęcie szwów. Zazwyczaj ważnym aspektem postępowania pooperacyjnego jest tzw. hartowanie i formowanie kikuta, aby umożliwić jego właściwe zaprotegowanie. W zależności od przyczyny, rozległości i lokalizacji operacji oraz zastosowanej techniki konieczna może być rehabilitacja, profilaktyka p/zakrzepowa oraz przyjmowanie leków przeciwbólowych.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Amputacja to zabieg ostateczny przeprowadzony w przypadku braku pozytywnego rokowania przy zastosowaniu innych metod leczenia. Czasami może to być jedyne rozwiązanie ratujące życie pacjenta. W przypadku infekcji czasami możliwe jest ograniczenie lub spowolnienie postępu choroby za pomocą antybiotykoterapii, jednak nie zawsze jest to możliwe. Długotrwała antybiotykoterapia też może nieść ze sobą powikłania.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

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

Amputacja, jak każdy zabieg chirurgiczny, obarczona jest ryzykiem wystąpienia powikłań miejscowych i ogólnych. 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 przypadkach przyczyną śmierci. Wczesne: krwawienie z rany wymagające przetaczania preparatów krwi Krwawienie jest bardziej prawdopodobne w czasie przyjmowania doustnych leków przeciwzakrzepowych (rozrzedzających krew), lub w przypadku współistnienia chorób powodujących pogorszenie parametrów krzepnięcia krwi, np. niektóre choroby hematologiczne czy choroby wątroby, zaburzenie gojenia rany pooperacyjnej pod postacią martwicy skóry bądź zropienie rany pooperacyjnej, które wymagają leczenia antybiotykami i dalszej terapii łącznie z kolejnymi zabiegami operacyjnymi w tym wykonania amputacji na wyższym poziomie, możliwość wystąpienia zakrzepów krwi w pozostałych kończynach lub powyżej miejsca amputacji (zakrzepica żył głębokich) może powodować ból i obrzęk. W rzadkich przypadkach część zakrzepu może się oderwać i przedostać do płuc, powodując zatorowość płucną, czyli znaczny wzrost ryzyka zgonu/twałego pogorszenia stanu zdrowia. W takich przypadkach konieczne może być długotrwałe leczenie przeciwzakrzepowe, a w niektórych przypadkach zabiegi z zakresu chirurgii naczyniowej. Późne: możliwość powstania bolesnych nerwiaków, możliwość wystąpienia bólów fantomowych – nieprawidłowych doznań czucie kończyny, możliwość wystąpienia twardej, bolesnej blizny na kikucie (keloid), możliwość wystąpienia przykurczów w stawach powyżej miejsca amputacji, co może utrudniać lub uniemożliwiać dopasowanie protezy. W przypadku planowanego dopasowania protezy, może zaistnieć konieczność chirurgicznej korekcji np. usunięcia nadmiaru luźnej skóry.

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 _____

Ryzyko powikłań [] małe [] średnie [] duże

VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

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

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Odstąpienie od zaproponowanego leczenia może powodować postępujące pogorszenie stanu chorej kończyny, ogólnego stanu zdrowia oraz możliwość zgonu, np. w postępującej infekcji. 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 proponowanej operacji amputacji kończyny.....na poziomie

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej operacji amputacji kończyny.....na poziomie.....**

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



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanej operacji amputacji kończyny.....na poziomie.....

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



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie zaproponowanej operacji amputacji kończyny.....na poziomie...

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 amputacji kończyny.....na poziomie..... 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.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Z uwagi na stan pacjenta powyższe informacje nie zostały mu przekazane*.

data i godzina

oznaczenie lekarza 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 amputacji kończyny.....na poziomie.....** 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 amputacji kończyny.....na poziomie.....**
(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

czytelny podpis lekarza



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby: