



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 KOSTNIAKA ZATOKI CZOŁOWEJ LUB SITOWIA

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Kostniak (osteoma) zatoki czołowej lub sitowia jest łagodnym, wolno rosnącym guzem kostnym, który rozwija się najczęściej w obrębie zatok przynosowych, głównie zatoki czołowej oraz sitowia. Zmiana ta powstaje na skutek nieprawidłowego namnażania się tkanki kostnej. Choć kostniaki są zwykle bezobjawowe i wykrywane przypadkowo podczas badań obrazowych, mogą z czasem prowadzić do dolegliwości w zależności od lokalizacji i wielkości guza.

Objawy mogą obejmować: bóle głowy (często jednostronne, przewlekłe), uczucie ucisku w obrębie czoła lub nasady nosa, nawracające zapalenia zatok, niedrożność nosa, w rzadszych przypadkach zaburzenia widzenia, podwójne widzenie (przy ucisku na oczodoł), a nawet objawy neurologiczne.

Ze względu na możliwość dalszego wzrostu guza i ryzyko ucisku na struktury oczodołu lub jamy czaszki, zaleca się jego chirurgiczne usunięcie, zwłaszcza jeśli powoduje dolegliwości lub istnieje ryzyko powikłań. Operacja ma na celu całkowite wycięcie kostniaka w celu złagodzenia objawów oraz zapobieżenia dalszym komplikacjom.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenia i oczekiwane korzyści

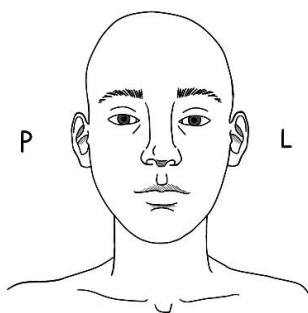
Zabieg wykonuje się endoskopowo, przez nos lub przy braku dobrych warunków anatomicznych z cięcia zewnętrznego w łuku brwiowym (zwłaszcza przy bardzo dużych rozmiarach kostniaka lub przy bocznej lokalizacji w zatoce czołowej). Zabieg wykonywany jest **w znieczuleniu ogólnym**.

W niektórych przypadkach przy braku drożności przewodu nosowo-czołowego trzeba w świetle przewodu pozostawić drenik wyprowadzony przez nos (2-4 tygodnie).

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, kłęski 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 objawów np. bólów głowy.



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 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 oczodołu, ból w okolicy przyśrodkowego kąta oczodołu, odma, zapalenie tkanek oczodołu, konieczność oczyszczania nosa i nakładania maści, wznowa kostniaka, rozwój zrostów wewnątrznosowych, wtórna niedrożność zatok po tej



stronie, konieczność ponownego zabiegu, nawrót dolegliwości o charakterze bólu głowy, ponowna niedrożność wytworzonego zespoleń, konieczność ponownego zabiegu.

Rzadkie lecz poważniejsze: krwiak oczodołu, utrwalone objawy ze strony oczodołu: двоjenie, 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, lecz zwłaszcza po tym, mogą wystąpić poważne powikłania 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 kostniaka zatoki czołowej lub sitowia eliminuje przyczyny choroby, jednak 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, 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

Pogorszenie stanu zdrowia w przypadku dużych kostniaków o znacznej progresji.

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



IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanej

OPERACJI KOSTNIAKA ZATOKI CZOŁOWEJ LUB SITOWIA

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej operacji kostniaka zatoki czołowej lub sitowia**.

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 kostniaka zatoki czołowej lub sitowia.

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 kostniaka zatoki czołowej lub sitowia.

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 kostniaka zatoki czołowej lub sitowia. (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 kostniaka zatoki czołowej lub sitowia** 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 kostniaka zatoki czołowej lub sitowia.**

(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