



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 USUNIĘCIA GUZA MIGDAŁKA PODNIEBIENNEGO

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Pacjent został skierowany do leczenia operacyjnego z powodu obecności patologicznej zmiany w obrębie migdałka podniebiennego. Zmiana nie ustępuje mimo zastosowanego leczenia przeciwzapalnego i nie wykazuje cech infekcyjnych. Zgłaszane przez pacjenta objawy mogą obejmować uczucie ciała obcego w gardle, trudności w przełykaniu, ból promieniujący do ucha lub przewlekły dyskomfort w obrębie gardła, fetor ex ore. W związku z podejrzeniem zmiany o charakterze nowotworowym (łagodnym lub złośliwym), pacjent został zakwalifikowany do jednostronnej tonsillektomii w trybie planowym lub pilnym, w celach zarówno diagnostycznych (pobranie materiału do badania histopatologicznego), jak i leczniczych.

Zabieg przeprowadzany jest zgodnie z aktualnymi wytycznymi postępowania w przypadku podejrzenia guza migdałka podniebiennego, a jego celem jest uzyskanie rozpoznania histopatologicznego oraz w razie potwierdzenia zmiany łagodnej leczenie przyczynowe.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenia i oczekiwane korzyści

Operacja przeprowadzana jest w warunkach sali operacyjnej, w **znieczuleniu ogólnym (narkozie)**. Przed zabiegiem pacjent zostaje odpowiednio przygotowany, a zespół anestezjologiczny dba o bezpieczeństwo i komfort pacjenta w trakcie całej procedury.

To wycięcie migdałka z usunięciem fragmentu gardła i nasady języka. Zabieg prowadzony jest z dostępu przez jamę ustną. Wykorzystuje się specjalne rozwieracze, technikę laserową i roboty chirurgiczne. Okres gojenia jest zależny od rozległości guza i zastosowanej techniki cięcia. Okres pooperacyjny wymaga żywienia przez zgłębnik do żołądka przez 4-14 dni, w wybranych przypadkach wykonania czasowej tracheotomii i założenie kaniuli do dużej żyły (kontakt centralny). W wybranych przypadkach do gardła na 24 godziny zakładana jest tamponada gardła i chory pozostaje przez ten czas w warunkach OIOM w sedacji.

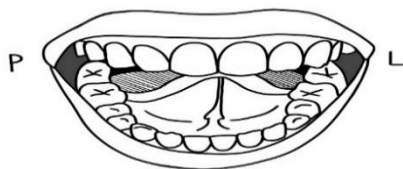
Funkcja połykania i odżywiania przez usta powraca po około 1- 2 tygodniach. Operacja może wymagać przetoczenia krwi. Zabieg w gardle w większości przypadków jest połączony z zabiegiem na szyi z jedno lub obustronnym usunięciem węzłów chłonnych.

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 po zabraniu 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, połykania i oddychania, dalsze leczenie i rokowanie zależy od rozpoznania histologicznego.



Rysunek poglądowy. Nie jest specjalistyczną ilustracją medyczną.

III. Zalecenia pooperacyjne

Opieka ogólna i rekonwalescencja: pacjent powinien unikać wysiłku fizycznego, schylania się oraz dźwigania ciężarów przez minimum 14 dni od zabiegu, wskazany jest oszczędzający tryb życia, ze stopniowym powrotem do codziennej aktywności w zależności od samopoczucia, należy unikać ekspozycji na dym tytoniowy, alkohol, zimne powietrze, zanieczyszczenia i inne czynniki drażniące błonę śluzową gardła.

Dieta: przez pierwsze 7–10 dni zalecana jest dieta półpłynna lub miękka, letnia (nie gorąca), łagodna w smaku, niewywołująca podrażnienia gardła. Należy unikać potraw twardych, ostrych, kwaśnych oraz gazowanych napojów do czasu całkowitego wygojenia rany pooperacyjnej.

Higiena jamy ustnej: wskazane jest delikatne płukanie jamy ustnej po posiłkach (np. naparem rumianku lub przegotowaną wodą z solą). Należy unikać intensywnego płukania gardła oraz ssania pastylek i stosowania sprayów drażniących miejscowo.

Kontrola bólu: w razie potrzeby można stosować zalecone przez lekarza środki przeciwbólowe (np. paracetamol lub ibuprofen). Nie zaleca się stosowania leków zawierających kwas acetylosalicylowy (np. aspiryna) ze względu na ryzyko krwawienia.

Monitorowanie gojenia i możliwych powikłań: możliwe jest wystąpienie uczucia bólu gardła, promieniowania do ucha, stanu podgorączkowego oraz nieprzyjemnego zapachu z jamy ustnej – objawy te są typowe dla procesu gojenia. W przypadku wystąpienia krwawienia z gardła, znacznego bólu, wysokiej gorączki lub trudności w oddychaniu – należy niezwłocznie zgłosić się do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego.

Wynik histopatologiczny: wynik badania histopatologicznego usuniętej zmiany będzie dostępny w terminie około 10–21 dni roboczych. Pacjent zostanie poinformowany o konieczności zgłoszenia się na wizytę kontrolną celem omówienia wyniku i ustalenia dalszego postępowania. W przypadku rozpoznania zmiany nowotworowej pacjent może zostać skierowany na dalszą diagnostykę i leczenie (np. onkologiczne), zgodnie z decyzją zespołu terapeutycznego.

Wizyta kontrolna w poradni otorinolaryngologicznej zalecana jest po ok. 7–14 dniach od zabiegu lub zgodnie z indywidualnymi zaleceniami lekarza prowadzącego.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

W wybranych przypadkach alternatywną metodą leczenia jest radioterapia lub radiochemioterapia. Metody te również są stosowane jako leczenie uzupełniające po usunięciu guza migdałka.



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 z gardła lub rany operacyjnej na szyi, krwawienie późne z rany operacyjnej (najczęściej do 7 doby), rzadko: obfite, wymagające powtórnej tamponady, obrzęk w gardle, ból okolicy całej szyi, odma podskórna, obrzęk twarzy o charakterze przemijającym, ze względu na trwałą zmianę anatomii zaburzenia połykania (na ogół niewielkie), zmiana barwy głosu, zaburzenia artykulacji (pogorszenie wymowy), zaburzenia ruchomości języka związana z resekcją nerwu podjęzykowego, zaburzenia czucia na języku związana z resekcją nerwu językowego, dolegliwości neuralgiczne w gardle związana z drażnieniem nerwu językowo-gardłowego, niedowład podniebienia, niewydolność podniebiennie-gardłowa, przedostawanie się płynów do nosa.

Rzadkie, poważniejsze: obrzęk krtani, pogorszenie komfortu oddychania, rzadko: tak znaczny, że wymaga pilnej tracheotomii (otworu do oddychania w przedniej części szyi), zapalenie tkanki przedkręgowej z podrażnieniem kręgosłupa, odma śródpiersiowa, zapalenie śródpiersia, niekontrolowany wypływ chłonnki.

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.

Operacja może wymagać przetoczenia krwi.

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

W większości przypadków usunięcie guza migdałka podniebiennego prowadzi do ustąpienia objawów miejscowych oraz poprawy stanu ogólnego pacjenta. Kluczowe znaczenie dla dalszego rokowania ma wynik badania histopatologicznego oraz w przypadku nowotworu złośliwego wdrożenie odpowiedniego leczenia uzupełniającego i nadzoru specjalistycznego.

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

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Pogorszenie stanu zdrowia, zwiększenie zaawansowania nowotworu, utrudnione przełykanie i oddychanie.



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



IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanej

OPERACJI USUNIĘCIA GUZA MIGDAŁKA PODNIEBIENNEGO

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej operacji usunięcia guza migdałka podniebiennego**.

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 następstwach 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 usunięcia guza migdałka podniebiennego.

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 usunięcia guza migdałka podniebiennego.

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 usunięcia guza migdałka podniebiennego. (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 usunięcia guza migdałka podniebiennego** 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 usunięcia guza migdałka podniebiennego.**
(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