



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
ARTROSKOPII STAWU PROMIENIOWO-NADGARSTKOWEGO
LEWEGO/PRAWEGO***

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Zaproponowano Pani/Panu zabieg operacyjny artroskopii nadgarstka. Celem zabiegu jest rozpoznanie i leczenie uszkodzeń w obrębie stawu (np. chrząstki, więzadeł, kompleksu chrząstki trójkątnej – TFCC, błony maziowej).

Operacja jest wykonywana na Bloku Operacyjnym Kliniki Ortopedii i Traumatologii. Przez kilka niewielkich nacięć skóry (ok. 3–5 mm) do stawu wprowadza się kamerę artroskopową i narzędzia. Staw zostaje wypełniony jałowym roztworem soli fizjologicznej. Możliwe czynności to: usunięcie ciał wolnych, częściowe lub całkowite usunięcie uszkodzonych struktur, szycie lub rekonstrukcja TFCC, synowektomia. W przypadku braku możliwości wykonania pełnego zabiegu artroskopowego część czynności może wymagać otwarcia stawu. Na nacięte miejsca zakładane zostaną szwy. Na koniec założony zostanie opatrunek.

Znieczulenie będzie dobierane indywidualnie przez lekarza anestezjologa konsultującego pacjenta w zależności od indywidualnych wskazań (oddzielny formularz zgody).

Oczekiwana korzyścią operacji jest zmniejszenie bólu i poprawa funkcji ręki.

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



III. Zalecenia pozabiegowe

Postępowanie pooperacyjne zależy od rodzaju wykonanego zabiegu.

Zazwyczaj obejmuje:

- czasowe unieruchomienie nadgarstka (opatrunek gipsowy/szyna/orteza),
- uniesienie (stosowanie temblaka) i odciążenie operowanej ręki,
- zimne okłady,
- farmakologiczne leczenie przeciwbólowe (wg zaleceń),
- rehabilitację i ćwiczenia ustalone przez lekarza i fizjoterapeutę,
- kontrole ortopedyczne (w tym zdjęcie szwów).

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

- leczenie zachowawcze: farmakoterapia (leki przeciwzapalne, przeciwbólowe), iniekcje dostawowe,
- rehabilitacja, przewlekłe stosowanie ortezy
- brak leczenia z akceptacją objawów,
- inne metody operacyjne (otwarta chirurgia nadgarstka),

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 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.

Powikłania wczesne:

- krwiak, obrzęk, infekcja rany lub stawu,
- uszkodzenie zdrowych struktur stawu (chrząstki, więzadeł),
- uszkodzenie nerwów/naczyń w okolicy nadgarstka,
- zakrzepica żylna (rzadko).

Powikłania późne:

- zaburzenia czucia w obrębie dłoni/nadgarstka,
- sztywność stawu, ograniczenie zakresu ruchu,
- blizna bolesna,
- przewlekły ból (zespół algodystroficzny),
- brak pełnego ustąpienia dolegliwości.

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

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

Stosowanie używek (alkohol, papierosy, narkotyki) może negatywnie wpływać na gojenie i wynik 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)

Ryzyko odległych powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

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

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.



IX. Oświadczenia Pacjenta dotyczące ARTROSKOPII STAWU PROMIENIOWO - NADGARSTKOWEGO LEWEGO/PRAWEGO*

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej artroskopii stawu promieniowo-nadgarstkowego 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



W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanej artroskopii stawu promieniowo – nadgarstkowego 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 artroskopii stawu promieniowo – nadgarstkowego 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 artroskopii stawu promieniowo-nadgarstkowego lewego/prawego.(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.

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

data

oznaczenie lekarza udzielającego wyjaśnień
i odbierającego oświadczenie (pieczęć 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 artroskopii stawu promieniowo – nadgarstkowego lewego/prawego*.**

w następujący sposób:

Oświadczenie zostało złożone w sposób dostatecznie jasny.

data i godzina

oznaczenie lekarza odbierającego
oświadczenie (pieczęć i podpis)

miejsce na ewentualny podpis osoby trzeciej
obecnej przy składaniu oświadczenia

Uzyskano zgodę sądu opiekuńczego **na przeprowadzenie proponowanej artroskopii stawu promieniowo – nadgarstkowego 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 pieczęć lekarza