



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 REKONSTRUKCJI CHRZĄSTKI STAWU

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Ograniczony ubytek chrząstki w obrębie stawu może być spowodowany urazem jak i przyczyną nieurazową (np. OCD (Osteochondritis dissecans) – czyli jałowa martwica chrzęstno-kostna). Zmiana taka może powodować przewlekłe dolegliwości bólowych oraz pogorszenia funkcji stawu. Rozpoznanie zazwyczaj potwierdza się wykonując badania obrazowe jak RTG, TK i MRI. Warto podkreślić fakt, że do operacji rekonstrukcyjnej kwalifikują się jedynie ubytki ograniczone położone wśród w miarę zdrowej o dobrej jakości chrząstki.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Proponowana operacja może być wykonywana metodą artroskopową (tzn mało inwazyjną poprzez 2-3 małe nacięcia w skórze, napompowaniu roztworu soli fizjologicznej do stawu i wykonaniu procedury pod kontrolą specjalnej kamery) lub metodą klasyczną (poprzez artrotomię). W niektórych przypadkach (np. przy rekonstrukcji chrząstki w obrębie stawu skokowego) może zająć konieczność wykonania osteotomii (przecięcia kości), która na koniec operacji jest zespalana. Zabieg operacyjny odbywa się w warunkach Bloku Operacyjnego Kliniki Ortopedii i Traumatologii. Zabieg odbywa się po wyjałowieniu miejsca operowanego przy zachowaniu zasad aseptyki. W przypadku ubytku chrząstki w zależności od rozmiaru ubytku oraz jego lokalizacji można zastosować różne metody rekonstrukcyjne. Przy niewielkich ubytkach stosowana bywa technika mikroślamań (czyli drobnych dziurek w dnie ubytku, które zapewniają wypływ komórek szpiku kostnego do tkanki chrzęstnej). Czasami jeśli w stawie znajduje się wolny żywotny fragment chrzęstno-kostny pasujący do miejsca ubytku, operator może podjąć próbę refiksacji tego fragmentu (np. przy użyciu Chondral Dart'ów lub kleju tkankowego). Przy większych i głębszych ubytkach może być stosowany przeszczep mozaikowy (czyli pobranie wysepek chrzęstno-kostnych przy pomocy specjalnego instrumentarium z miejsc nieobciążanych stawu i przeszczepieniu ich w miejsce ubytku w okolicy chrząstki obciążanej), rekonstrukcja chrząstki przy pomocy scaffold'ów lub membran (np. Hyalofast, AMIC Chondro-Gide), czasami z uzupełnieniem ubytku kostnego przeszczepami kostnymi pobranymi od pacjenta lub od dawcy z banku tkanek (tzw technika „sandwich” - czyli „kanapkowa”). Elementy używane do rekonstrukcji chrząstki mogą być mocowane przy pomocy kleju tkankowego (np. Tisseel Lyo). Decyzję o wyborze metody leczenia u danego pacjenta podejmuje operator. Wstępnie ustala przed operacją z pacjentem, którą technikę rekonstrukcji chrząstki przewiduje użyć w tej konkretnej sytuacji. Należy rozumieć, że w czasie operacji operator może w ogóle odstąpić od rekonstrukcji chrząstki, jeśli na rekonstrukcję nie będą pozwalać warunki miejscowe danego uszkodzenia. W czasie tej samej operacji w miarę potrzeby i możliwości wykonuje się leczenie innych uszkodzonych elementów stawu (więzadeł, uszkodzonego fragmentu łąkotki, innych okolic chrząstki, ciała wolnego, przerośniętej błony maziowej, troczków rzepki, itp.). Po zabiegu staw zostaje zamknięty a rany zostają zszyte i zabezpieczone opatrunkiem jałowym.

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



Oczekiwane korzyści to przede wszystkim znaczna redukcja bólu, zwiększenie sprawności i poprawa jakości życia.

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

III. Zalecenia pozabiegowe

Zalecenia pooperacyjne różnią się w zależności od przebiegu i metody operacji. Należy pamiętać że proces gojenia jest rozłożony w czasie oraz, że wynik ostateczny w dużej mierze zależy od wielu czynników mających istotne znaczenie w zależności od okresu gojenia i rehabilitacji. Lekarz wyda zalecenia pooperacyjne następnie korygowane przy okazji wizyt ambulatoryjnych i rehabilitacji.

Najczęstsze zalecenia po rekonstrukcji chrząstki:

- Chodzenie o 2 kulach z odciążaniem lub bez obciążania operowanej kończyny z reguły przez kilka tygodni,
- Układanie przeciwobrzękowe kończyny, okłady schładzające,
- Czasami konieczne jest unieruchomienie kończyny np. w ortezie,
- Profilaktyka przeciwzakrzepowa, leczenie przeciwbólowe,
- Postępowanie rehabilitacyjne (fizjoterapia).

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Pacjenci mogą również wybrać leczenie nieoperacyjne. Zastosowana jest wówczas rehabilitacja, leki p/bólowe, iniekcje dostawowe (PRP, kwas hialuronowy). Warto jednak pamiętać, że metody te nie powodują gojenia ubytku chrząstki. W przypadku bardzo rozległych ubytków chrząstki może być zaproponowana endoprotezoplastyka (wymiana powierzchni stawowej na sztuczną – implanty dostawowe).

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

Każde leczenie operacyjne wiąże się z ryzykiem wystąpienia powikłań, które dzielimy na wczesne i późne:

Wczesne to - zropienie rany pooperacyjnej lub krwiak w stawie, zakrzepica żył kończyny operowanej, zatorowość płucna, uszkodzenie dużych naczyń i nerwów.

Późne to – niedoczulica skóry, bliznowce ran pooperacyjnych, artrofibroza (przykurcz, ograniczeni ruchomości stawu), algodystrofia (przewlekły zespół bólowy), brak wgojenia się przeszczepianej chrząstki, pojawienie się ponownie ubytku lub nawet jego powiększenie, powstanie osteofitu (narośli kostnej) w miejscu ubytku. W przypadku wykonywania osteotomii w ramach procedury może dojść do braku zrostu osteotomii lub niekontrolowanego złamania miejsca okolicy osteotomii).



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 _____

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)



IX. Oświadczenia Pacjenta dotyczące proponowanej OPERACJI REKONSTRUKCJI CHRZĄSTKI STAWU.....

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej operacji rekonstrukcji chrząstki stawu**.....

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 rekonstrukcji chrząstki stawu

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 rekonstrukcji chrząstki stawu

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 rekonstrukcji chrząstki stawu 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 (pieczętka i podpis)

Pacjent nie jest w stanie złożyć oświadczenia o wyrażeniu zgody / odmowie wyrażenia zgody na przeprowadzenie operacji rekonstrukcji chrząstki stawu w formie pisemnej z powodu:

Pacjent złożył oświadczenie o wyrażeniu zgody/odmowie wyrażenia zgody* **na przeprowadzenie zaproponowanej operacji rekonstrukcji chrząstki stawu** 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 rekonstrukcji chrząstki stawu**

(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