



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 I/LUB POBRANIA DO BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO (I/LUB
BAKTERIOLOGICZNEGO) PATOLOGICZNIE ZMIENIONEJ TKANKI KOSTNEJ (TORBIELI
SAMOTNEJ, TORBIELI TĘTNIAKOWATEJ, OGNISKA DYSPLAZJI WŁÓKNISTEJ, CHRZĘSTNIAKA,
ROPNIA BRODIEGO, ITP.) Z EWENTUALNĄ PLASTYKĄ UBYTKU PRZESZCZEPAMI KOSTNYMI OD
PACJENTA Z BANKU TKANEK LUB MATERIAŁAMI KOŚCIOZASTĘPCZYMI**

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Zaproponowano Pani/Panu zabieg operacyjny: usunięcia i/lub pobrania do badania histopatologicznego (i/lub bakteriologicznego) zmienionej chorobowo tkanki kostnej. Celem zabiegu operacyjnego jest usunięcie chorobowo zmienionych tkanek jak również niejednokrotnie pobranie próbek celem wykonania dalszych badań (bakteriologicznych i/lub histopatologicznych) co może ułatwić postawienie właściwego rozpoznania i włączenia ewentualnego leczenia uzupełniającego. Operacja jest wykonywana na Bloku Operacyjnym Kliniki Ortopedii i Traumatologii. Miejsce operowane zostanie wyjałowione oraz przykryte jałowymi serwetami. Dostęp operacyjny są uzależnione od lokalizacji zmiany. W razie stwierdzenia wskazań do naprawy/częściowego lub całkowitego usunięcia uszkodzonych tkanek zostaną przeprowadzone konieczne czynności. Czasami ubytek kostny jest wypełniany przeszczepami kostnymi pobranymi od pacjenta (wówczas może być wykonany dodatkowy dostęp operacyjny), sztucznymi materiałami kościostępczymi lub przeszczepami kostnymi allogenicznymi (od dawców z banku tkanek). Rzadko do wypełnienia ubytku używa się cementu kostnego (z/lub bez antybiotyku). Na nacięte miejsca zakładane zostaną szwy. Na koniec założony zostanie opatrunek. Przebieg operacji jest bardzo różny i zależny od lokalizacji, rozległości i charakteru zmiany.



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

Czasami niektóre biopsje można przeprowadzać w znieczuleniu miejscowym (podanie leku przeciwbólowego (najczęściej Lignocainy) do miejsca operowanego przy pomocy iniekcji). Takie znieczulenie wykonuje operator (ortopeda).

Oczekiwaną korzyścią operacji jest zazwyczaj zmniejszenie dolegliwości bólowych i poprawa funkcji oraz uzyskanie dodatkowych informacji diagnostycznych.

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

III. Zalecenia pooperacyjne

Postępowanie pooperacyjne zależy od przebiegu procedury, jest bardzo różne i zależne od lokalizacji, rozległości i charakteru zmiany. Lekarz ortopeda po operacji wyda zalecenia pooperacyjne i wypisowe, których należy przestrzegać. Czasami lekarz ortopeda może zalecić przejściowe stosowanie unieruchomienia gipsowego lub ortezy celem wygojenia tkanek. Po operacji, w celu uniknięcia powikłań i przyspieszenia gojenia, zaleca się unikanie intensywnego wysiłku fizycznego przez 24-48 godzin. Należy dbać o higienę rany, zmieniać opatrunek zgodnie z zaleceniami lekarza i obserwować ewentualne objawy, takie jak nasilony ból, zaczerwienienie, obrzęk czy krwawienie. W przypadku wystąpienia jakichkolwiek niepokojących objawów, należy skonsultować się z lekarzem.

Jeśli w trakcie operacji zostaną pobrane materiały do badań ważne jest, aby odebrać wyniki tych badań (wyniki posiewów zazwyczaj po 5-7 dniach, wyniki badań histopatologicznych zazwyczaj po 6 tygodniach) i skonsultować je na wizycie kontrolnej z lekarzem.

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



IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

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

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.

Wczesnych:

- krwiak w ranie
- krwawienie z rany
- możliwość powstania złamania kości w trakcie zbiegu bądź po zabiegu i konieczność jej stabilizacji z użyciem implantów
- zaburzenie gojenia rany pooperacyjnej pod postacią martwicy skóry bądź zropienie rany pooperacyjnej
- zakrzepica żył kończyny i/ lub zator tętnicy płucnej (zatorowość płuc) (zwłaszcza przy operacjach na kończynie dolnej)
- możliwość uszkodzenia naczyń i nerwów
- możliwość uszkodzenia innych struktur anatomicznych (np. ścięgna, torebka stawowa itp.).

Późnych:

- wznowa zmiany
- artrofibroza (sztywność stawu – brak powrotu pełnego zakresu ruchomości w stawie, jeśli zmiana znajduje się w okolicy stawu)
- wygojenie rany pooperacyjnej z twardą, bolesną blizną
- niedoczulica skóry w operowanym obszarze
- możliwość rozwinięcia się zespołu algodystroficznego (przewlekłego zespołu bólowego) operowanej kończyny.

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

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)



IX. Oświadczenia Pacjenta dotyczące proponowanej OPERACJI USUNIĘCIA I/LUB POBRANIA DO BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO (I/LUB BAKTERIOLOGICZNEGO) PATOLOGICZNIE ZMIENIONEJ TKANKI KOSTNEJ (TORBIELI SAMOTNEJ, TORBIELI TĘTNIAKOWEJ, OGNISKA DYSPLAZJI WŁÓKNISTEJ, CHRZĘSTNIAKA, ROPNIA BRODIEGO, ITP.) Z EWENTUALNĄ PLASTYKĄ UBYTKU PRZESZCZEPAMI KOSTNYMI OD PACJENTA Z BANKU TKANEK LUB MATERIAŁAMI KOŚCIOZASTĘPCZYMI

W dniu ____/____/____/ lekarz przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **operacji usunięcia i/lub pobrania do badania histopatologicznego (i/lub bakteriologicznego) patologicznie zmienionej tkanki kostnej (torbieli samotnej, torbieli tętniakowej, ogniska dysplazji włóknistej, chrzęstniaka, ropnia Brodiego, itp.) z ewentualną plastyką ubytku przeszczepami kostnymi od pacjenta, z banku tkanek lub materiałami kośćcozastępczymi.**

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 usunięcia i/lub pobrania do badania histopatologicznego (i/lub bakteriologicznego) patologicznie zmienionej tkanki kostnej (torbieli samotnej, torbieli tętniakowatej, ogniska dysplazji włóknistej, chrząstniaka, ropnia Brodiego, itp.) z ewentualną plastyką ubytku przeszczepami kostnymi od pacjenta, z banku tkanek lub materiałami kościozastępczymi.

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 i/lub pobrania do badania histopatologicznego (i/lub bakteriologicznego) patologicznie zmienionej tkanki kostnej (torbieli samotnej, torbieli tętniakowatej, ogniska dysplazji włóknistej, chrząstniaka, ropnia Brodiego, itp.) z ewentualną plastyką ubytku przeszczepami kostnymi od pacjenta, z banku tkanek lub materiałami kościozastępczymi.

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 i/lub pobrania do badania histopatologicznego (i/lub bakteriologicznego) patologicznie zmienionej tkanki kostnej (torbieli samotnej, torbieli tętniakowatej, ogniska dysplazji włóknistej, chrząstniaka, ropnia Brodiego, itp.) z ewentualną plastyką ubytku przeszczepami kostnymi od pacjenta, z banku tkanek lub materiałami kościozastępczymi. 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 usunięcia i/lub pobrania do badania histopatologicznego (i/lub bakteriologicznego) patologicznie zmienionej tkanki kostnej (torbieli samotnej, torbieli tętniakowatej, ogniska dysplazji włóknistej, chrząstniaka, ropnia Brodiego, itp.) z ewentualną plastyką ubytku przeszczepami kostnymi od pacjenta, z banku tkanek lub materiałami kościostępczymi w formie pisemnej z powodu:

Pacjent złożył oświadczenie o wyrażeniu zgody/odmowie wyrażenia zgody* **na przeprowadzenie zaproponowanej operacji usunięcia i/lub pobrania do badania histopatologicznego (i/lub bakteriologicznego) patologicznie zmienionej tkanki kostnej (torbieli samotnej, torbieli tętniakowatej, ogniska dysplazji włóknistej, chrząstniaka, ropnia Brodiego, itp.) z ewentualną plastyką ubytku przeszczepami kostnymi od pacjenta, z banku tkanek lub materiałami kościostępczymi.**

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 i/lub pobrania do badania histopatologicznego (i/lub bakteriologicznego) patologicznie zmienionej tkanki kostnej (torbieli samotnej, torbieli tętniakowatej, ogniska dysplazji włóknistej, chrząstniaka, ropnia Brodiego, itp.) z ewentualną plastyką ubytku przeszczepami kostnymi od pacjenta, z banku tkanek lub materiałami kościozastępczymi.

(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