



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 TORBIELI DNA JAMY USTNEJ (ŻABKI)

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Stwierdzono u Pana/Pani obecność torbieli w obrębie dna jamy ustnej. Torbiel to patologiczna jama wypełniona płynem, która może powstawać w wyniku zablokowania gruczołu ślinowego (np. torbiel zastoinowa, mucocoele), stanu zapalnego lub zmian rozwojowych. Torbiele dna jamy ustnej mogą powodować uczucie dyskomfortu, trudności w mówieniu, połykaniu, a także prowadzić do deformacji dna jamy ustnej, języka lub dolegliwości bólowych.

Stwierdzona u Pana/Pani torbiel dna jamy ustnej jest wskazaniem do operacji. Operacyjne usunięcie torbieli dna jamy ustnej należy do najskuteczniejszych metod leczenia tej choroby.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenia i oczekiwane korzyści

Wykonywany jest w celu usunięcie torbieli wychodzącej z gruczołu ślinowego łącznie z ślinianką podjęzykową i powiększającej się w okolicy podbródkowej, podżuchwowej i w okolicy pod językiem. Ciecie może być zewnętrzne lub wewnątrzustne, zależnie od warunków anatomicznych, lokalizacji i wielkości torbieli. Ryzyko wystąpienia powikłań jest dużo większe w przypadku reoperacji.

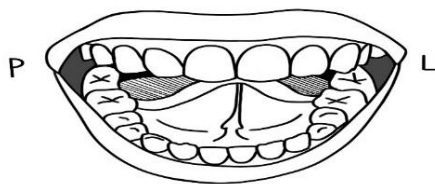
Zabieg operacyjny będzie wykonywany zgodnie z dostępną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności. Zabieg operacyjny przeprowadza się w ramach konkretnych warunków sprzętowych, lokalowych i finansowych, którymi dysponuje dany oddział / szpital / jednostka organizacyjna w danym momencie. 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 może być wykonany w **znieczuleniu miejscowym lub ogólnym** (najczęściej w zależności od rozmiaru zmian, obciążeń ogólnych pacjenta).

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.

Pacjent zazwyczaj może opuścić szpital następnego dnia.

Oczekiwany efekt zabiegu jest całkowite usunięcie zmiany i zmniejszenie dolegliwości zgłaszanych przez pacjenta, poprawa jakości oddychania i połykania. Rokowania bardzo dobre.



Rysunek poglądowy. Nie jest specjalistyczną ilustracją medyczną.

III. Zalecenia pooperacyjne

Po zabiegu zaleca się: unikanie ostrych, pikantnych, twardych, gorących pokarmów przez 14 dni po zabiegu, stosowanie diety miękkiej przez 14 dni po zabiegu, dokładną higienę jamy ustnej zgodnie z zaleceniami lekarza, unikanie urazów miejsca operowanego, ewentualne przyjmowanie antybiotyków i leków przeciwbólowych.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

W niektórych przypadkach możliwe jest leczenie zachowawcze polegające na obserwacji, jeśli zmiana nie powoduje dolegliwości. Jednak w przypadku dużych lub nawracających torbieli jedyną skuteczną metodą leczenia jest ich całkowite chirurgiczne usunięcie.

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

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: krwiak pod językiem, obrzęk w okolicy przedniej szyi i pod językiem, zaburzenia czucia języka ze względu na uszkodzenie nerwu językowego, zaburzenia ruchomości języka ze względu na podrażnienie nerwu podjęzykowego, nawrót torbieli, rozwój blizn w miejscu operowanym i niedrożne ujście ślinianek, co powoduje ich okresowy obrzęk.

Rzadkie, poważniejsze: obrzęk w gardle i w górnej części krtani, pogorszenie komfortu oddychania, tak znaczny, że wymaga pilnej tracheotomii, ropień lub ropowica okolicy dna jamy ustnej, deformacja okolicy podbródkowej poprzez rozwój masywnych blizn.

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

Zabieg zazwyczaj prowadzi do całkowitego wyleczenia. W rzadkich przypadkach może dojść do nawrotu torbieli i konieczności powtórzenia zabiegu. Do późnych powikłań z dostępu zewnętrznego należą także szpecące blizny pooperacyjne. Rozwijają się zwykle u osób, które mają skłonność do zaburzonego gojenia ran w wytwarzaniem bliznowca.

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

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Brak leczenia może prowadzić do dalszego powiększania się torbieli, utrudnień w mowie, połykaniu, deformacji dna jamy ustnej oraz wtórnych zakażeń.

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



IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanej

OPERACJI USUNIĘCIA TORBIELI DNA JAMY USTNEJ (ŻABKI)

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej operacji usunięcia torbieli dna jamy ustnej (żabki)**.

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 torbieli dna jamy ustnej (żabki).

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 torbieli dna jamy ustnej (żabki).

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 torbieli dna jamy ustnej (żabki). (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 torbieli dna jamy ustnej (żabki)** 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 torbieli dna jamy ustnej (żabki).**

(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