



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 SKRZYWIONEJ PRZEGRODY NOSOWEJ

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Skrzywienie przegrody nosowej to nieprawidłowe wygięcie lub przesunięcie przegrody nosowej, czyli cienkiej ścianki chrzęstno-kostnej, która dzieli jamę nosową na dwie części. Może być wrodzone lub nabyte (np. w wyniku urazu). Skrzywiona przegroda może powodować utrudnienie przepływu powietrza przez nos, co prowadzi do różnych dolegliwości.

Przyczyny: wrodzone wady rozwojowe, urazy nosa (np. złamanie), procesy zapalne i bliznowate po infekcjach, starzenie się tkanek i zmiany strukturalne, brak spodziewanego efektu po wcześniejszym leczeniu operacyjnym.

Objawy: trudności w oddychaniu przez nos, szczególnie po jednej stronie, częste zapalenia zatok i nosa, chrapanie i zaburzenia snu (np. bezdech senny), krwawienia z nosa, uczucie zatkanego nosa, bóle głowy, zwłaszcza czołowe, suchość i podrażnienie błony śluzowej nosa.

Diagnostyka: badanie otoskopowe i rhinoskopowe przez laryngologa, endoskopia nosa, czasami badania obrazowe, jak tomografia komputerowa (TK) nosa i zatok.

Leczenie zachowawcze: nawilżanie błony śluzowej, leki przeciwzapalne, krople obkurczające (krótkotrwale), w przypadku znacznych dolegliwości zabieg chirurgiczny zwany septoplastyką, polegający na korekcji przegrody nosowej, leczenie powikłań, np. infekcji zatok.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenia i oczekiwane korzyści

Zabieg polega na chirurgicznym wyprostowaniu skrzywionej przegrody nosa, jednocześnie może być uzupełniony operacją konchoplastyki (zmniejszenie objętości przerośniętych małżowin nosowych dolnych). Może być wykonany **w znieczuleniu miejscowym lub w znieczuleniu ogólnym**. Ma na celu poprawę drożności nosa, komfortu oddychania i sprzyja lepszej wentylacji wszystkich zatok przynosowych. Zmniejsza nasilenie chrapania i objawów bezdechu.

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).

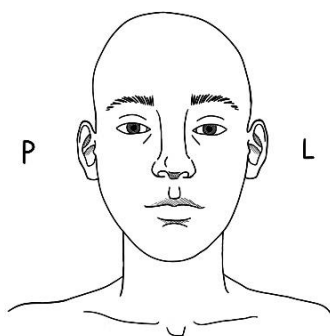
Zabieg operacyjny przeprowadza się w warunkach wywiadu przedoperacyjnego z pacjentem przy założeniu pełnej współpracy ze strony pacjenta i jego rodziny, gdy została ona upoważniona do współdziałania i udzielania informacji



dotyczących indywidualnych warunków pacjenta. Informacje nieudzielone lekarzowi, a mogące okazać się istotne dla przebiegu zabiegu, wielokrotnie zwiększają ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych w trakcie zabiegu.

Oczekiwane korzyści obejmują:

- znaczna poprawa drożności nosa
- lepsza jakość snu
- zmniejszenie częstotliwości infekcji
- większa wydolność fizyczna
- może również prowadzić do poprawy węchu



Rysunek poglądowy. Nie jest specjalistyczną ilustracją medyczną.

III. Zalecenia pooperacyjne

Po zabiegu zaleca się: unikać wysiłku fizycznego przez co najmniej 7–14 dni po zabiegu, nie dźwigać ciężkich przedmiotów, nie uprawiać sportu, unikać pochylania głowy w dół, nie wydmuchiwać nosa przez 14 dni po operacji, w razie potrzeby delikatnie oczyścić nos chusteczką, wydmuchiwanie może spowodować krwawienie lub przemieszczenie skrzepów, stosować irygacje nosa solą fizjologiczną lub preparatami z solą morską (np. spray izotoniczny) 3–4 razy dziennie zgodnie z zaleceniami lekarza. Pomaga to oczyścić jamy nosowe i przyspiesza gojenie, przyjmować przepisane leki, w tym ewentualnie antybiotyki, leki przeciwbólowe lub sterydy donosowe zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego, unikać przebywania w zadymionych, zapyłonych pomieszczeniach oraz ekspozycji na gwałtowne zmiany temperatury (np. klimatyzacja, sauna, zimne powietrze), nie palić papierosów ani nie spożywać alkoholu przez co najmniej 2 tygodnie po zabiegu opóźniają one gojenie i zwiększają ryzyko infekcji.

Zgłosić się na wyznaczoną kontrolę laryngologiczną w terminie wskazanym przez lekarza zwykle w ciągu 7–10 dni po zabiegu w przypadku wystąpienia niepokojących objawów, takich jak: obfite krwawienie z nosa, silny ból niewywołany wysiłkiem, gorączka powyżej 38°C, wyciek ropny z nosa lub nieprzyjemny zapach, należy niezwłocznie skontaktować się z lekarzem prowadzącym lub udać się do najbliższego SOR.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

W niektórych przypadkach możliwe jest leczenie zachowawcze polegające na obserwacji, jeśli zmiana nie powoduje dolegliwości. Jednak w przypadku nasilonych objawów jedyną skuteczną metodą leczenia jest leczenie chirurgiczne.

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 (do 24h), może wymagać ponownej tamponady lub operacyjnego zaopatrzenia, krwawienie późne (najczęściej do 7 doby, rzadko-późniejsze), może wymagać tamponady, obrzęk, zasinienie, ból w okolicy policzka, ropień policzka, obrzęk, zasinienie, ból w okolicy nosa i oczodołu, zapalenie tkanek oczodołu, formowanie się strupów, konieczność oczyszczania nosa i nakładania maści, rozwój zrostów wewnątrznosowych, zapalenie kości, dolegliwości o charakterze neuralgii nerwu podoczodołowego, rozejście się rany w przedsionku nosa, ponowny odrost polipa choanalnego, zwłaszcza po zabiegu prowadzonym wyłącznie endoskopowo, bardzo rzadko: trwały brak węchu po zabiegu.

Rzadkie, lecz poważniejsze: masywne krwawienie wymagające podwiązania tętnicy na szyi, bardzo rzadko: krwiak oczodołu, utrwalone objawy ze strony oczodołu: dwojenie, łzawienie, płynotok, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, konieczność przeprowadzenia zabiegu naprawczego.

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

Prognoza pooperacyjna po operacji skrzywionej przegrody nosowej jest na ogół bardzo dobra. U większości pacjentów obserwuje się istotną poprawę drożności nosa, ustąpienie chrapania, trudności w oddychaniu przez nos oraz innych dolegliwości związanych z obecnością zmian.

Powikłania odległe po operacji skrzywionej przegrody nosowej są rzadkie, ale mogą obejmować: przewlekły nieżyt nosa lub zatok w przypadku współistniejących chorób zapalnych błony śluzowej, blizny lub zrosty wewnątrznosowe, mogące zaburzać drożność nosa, krwawienia nawrotowe, choć rzadko występujące po okresie bezpośrednio pooperacyjnym, powikłania infekcyjne (zakażenia wtórne zatok przynosowych), reakcje alergiczne lub polekowe, jeśli stosowane są donosowe glikokortykosteroidy lub inne leki.

Regularna kontrola laryngologiczna po zabiegu oraz stosowanie się do zaleceń pooperacyjnych znacząco zmniejszają ryzyko wystąpienia powikłań i nawrotów.

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



VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z leczenia operacyjnego skrzywionej przegrody nosa może prowadzić do nasilania się objawów oraz pogorszenia jakości życia pacjenta i w rezultacie może skutkować: narastającą niedrożnością nosa i koniecznością stałego oddychania przez usta, chrapaniem oraz zespołem obturacyjnego bezdechu sennego (OSA), który może prowadzić do zmęczenia, zaburzeń koncentracji, a w dłuższej perspektywie do nadciśnienia i chorób sercowo-naczyniowych, nawracającymi infekcjami górnych dróg oddechowych, w tym zatok przynosowych, uczuciem ciała obcego w gardle lub nosogardle, trudnościami w połykaniu lub mówieniu, zaburzeniami węchu i smaku, nasileniem przewlekłego stanu zapalnego błony śluzowej nosa i zatok, ryzykiem trwałych zmian w obrębie jam nosa i zatok, w tym zmian przerostowych lub zanikowych śluzówki.

Brak leczenia może więc prowadzić do postępującego pogorszenia stanu zdrowia, a w późniejszym okresie wymagać bardziej rozległego i trudniejszego zabiegu chirurgicznego.

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



IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanej

OPERACJI USUNIĘCIA SKRZYWIONEJ PRZEGRODY NOSOWEJ

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej operacji usunięcia skrzywionej przegrody nosowej**.

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 skrzywionej przegrody nosowej..**

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 skrzywionej przegrody nosowej.**

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 skrzywionej przegrody nosowej. 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 usunięcia skrzywionej przegrody nosowej** 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 skrzywionej przegrody nosowej.**
(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