



## FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA ZABIEG (ZGODA OGÓLNA)

Imię i nazwisko .....

PESEL\* 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Data ur. 

--	--

 / 

--	--

 / 

--	--	--	--

 Płeć 

M	K
---	---

Nr Księgi Głównej / Nr Księgi Oddziałowej .....

Lekarz prowadzący.....

Rozpoznanie: .....

**Niniejszym oświadczam, że wykonując przysługujące mi prawo do wyrażenia dobrowolnej i świadomej zgody na świadczenie medyczne lub odmowy takiej zgody, wyrażam zgodę na przeprowadzenie następującego zabiegu:**

**Oświadczam, że zostałam/em poinformowany w przystępny i zrozumiały dla mnie sposób przez lekarza:**

.....  
(Imię i nazwisko lekarza)

w zakresie posiadanej przez niego specjalności o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, dotychczasowych i przewidywanych metodach leczenia oraz rokowaniu w zakresie świadczenia udzielanego mi w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej WSS w Zgierzu w związku ze zdiagnozowaną u mnie jednostką chorobową określoną w rozpoznaniu.

***W szczególności przedstawiona mi została propozycja leczenia zabiegowego.***

***Żaden zabieg operacyjny nie jest wolny od ryzyka.***

Pomimo dochowania należytej staranności, może dojść do komplikacji, stanowiących zagrożenie dla życia i zdrowia oraz wymagających dalszego leczenia, a nawet ponownych operacji. Wpływ na to mogą mieć wcześniejsze schorzenia u pacjenta lub indywidualne zmienności w budowie anatomicznej stawu kolanowego.

**Do najczęstszych komplikacji należą:** infekcja.

**Do objawów należą:** obrzęk stawu, bolesność, nadmierne ucieplenie okolicy stawu, gorączka. Oprócz stosowania antybiotyków, leczenie zakażenia stawu może obejmować dalsze zabiegi chirurgiczne. W bardzo rzadkich przypadkach infekcja stawu może prowadzić do zniszczenia struktur anatomicznych stawu z trwałym usztywnieniem stawu, w przypadkach skrajnych – nawet do utraty kończyny. Zakażenie miejsca operowanego może wymagać leczenia lekami (antybiotykoterapia) lub leczenia operacyjnego (chirurgiczne otwarcie i oczyszczenie rany). Bardzo rzadko dochodzi do sepsy (zakażenie krwi) – stan zagrożenia życia, wymagający leczenia w oddziale intensywnej terapii;

U chorych na osteoporozę lub na inne zaburzenia metaboliczne tkanki kostnej może powstać złamanie/nadłamanie kości; u pacjentów bez zaburzeń mineralizacji kości mogą ulec uszkodzeniu/zerwaniu więzadła stawu reakcje alergiczne (np. na lateks, na stosowane leki) mogą prowadzić w rzadkich przypadkach do wstrząsu, który wymaga intensywnej terapii.

**Do poważnych powikłań wstrząsu należą:**

porażenia, uszkodzenie mózgu, niewydolność wielonarządowa; choroba zakrzepowo-zatorowa – zabieg chirurgiczny jest czynnikiem ryzyka powstania zakrzepów w naczyniach krwionośnych (zakrzepica żył kończyn dolnych), które mogą prowadzić do poważnych następstw (zator – zamknięcie naczynia krwionośnego, zatorowość płucna, udar mózgu, zawał serca). Ewentualne leki stosowane w profilaktyce choroby zakrzepowo-zatorowej mogą z kolei zwiększać ryzyko krwawień. Czasem po operacji na stawach dochodzi do powstania wysięku w stawie, np. z powodu krwawienia w trakcie zabiegu lub z powodu podrażnienia (naciągnięcia) błony maziowej torebki stawowej. Taki stan wymaga punkcji stawu i odbarczenia wysięku. Wysięki mogą pojawiać się wielokrotnie w ciągu kilku tygodni od operacji; w rzadkich przypadkach może dojść do uszkodzenia ważnych naczyń krwionośnych, co prowadzi do silnego krwawienia, i może wymagać: przetoczenia krwi, operacyjnego podwiązania naczyń krwionośnych lub operacyjnego odtworzenia ciągłości dużych naczyń.

W przypadku braku powodzenia takiego postępowania, w ostateczności konieczna może być amputacja z powodu niedokrwienia. Przetoczenie krwi wiąże się z kolei z ryzykiem przeniesienia chorób zakaźnych (takich jak żółtaczka WZW typu B/C, AIDS); w bardzo rzadkich przypadkach uszkodzenie otaczających tkanek / struktur (np. ścięgien, więzadeł, mięśni) lub/i uszkodzenie nerwów wymagać będzie leczenia operacyjnego bądź rozszerzenia zakresu operacji. Przy uszkodzeniu nerwu mogą wystąpić przejściowe (bardzo rzadko trwałe) zaburzenia czucia, nerwobóle, a czasem porażenia mięśni szkieletowych przejściowe, rzadko trwałe uszkodzenia małych nerwów skórnych, które mogą prowadzić do zaburzeń czucia dotyku, uczucia drętwienia lub bolesnej przeczulicy na niewielkich obszarach skóry; uszkodzenia skóry, tkanek miękkich, nerwów – związane z ułożeniem na stole operacyjnym, lub zabiegami towarzyszącymi właściwej operacji (np. zastrzyki, dezynfekcja, pole elektromagnetyczne wytwarzane przez aparat do elektrochirurgii) – są z reguły rzadkie.

**Możliwe następstwa tych uszkodzeń to:**

bóle, martwica tkanek, bliznowacenie, zaburzenia czucia, porażenia mięśni; przejściowe, ale czasem też i trwałe uszkodzenia ukrwienia kończyny, uszkodzenia mięśni i nerwów – aż do częściowego porażenia operowanej kończyny – mogą być następstwem użycia opaski uciskowej. Zaburzenia te są jednak wyjątkowo rzadkie, i w większości przypadków łatwo poddają się leczeniu; w czasie operacji może dojść do uszkodzenia i złamania narzędzi operacyjnych (np. haków, wiertel, drutów). Jeśli oderwany materiał pozostanie jako ciało obce w kości, zwykle nie powoduje to dolegliwości i nie wymaga operacyjnego usunięcia. Oderwane części instrumentarium, będące w jamie stawowej zwykle usuwane są drogą artroskopową bez większych komplikacji, bardzo rzadko konieczne jest usunięcie drogą artrotomii (operacyjnego otwarcia stawu); patologiczny przerost blizny pooperacyjnej (tzw. bliznowiec – keloid) związany z wrodzoną skłonnością i zaburzeniami gojenia tkanek miękkich – jest rzadko spotykany. Zmiany zabarwienia skóry, bolesność, ograniczenie ruchomości – są możliwym następstwem takiego bliznowacenia. Może to wymagać późniejszych zabiegów naprawczych; w wyjątkowych przypadkach może dojść do bolesnego obrzęku tkanek miękkich lub zaburzonego gojenia tkanek z następczym bliznowaceniem. W przebiegu schorzenia dochodzi wtedy do degeneracji mięśni i tkanki kostnej, co może skutkować ograniczeniem ruchomości aż do sztywności stawu (schorzenia takie jak: artrofibroza, Zespół Sudecka, „Zespół Cyklopa”).

Ryzyko przy szczególnych rodzajach operacji w sytuacji opóźnionego gojenia tkanki kostnej, zaburzeń mineralizacji lub utraty substancji budulcowych kości (np. osteoporoza) lub w przypadki zbyt wczesnego uruchomienia operowanej kończyny (i jej pełnego obciążania) może dojść do złamania, obluzowania lub zmiany położenia (migracji) zastosowanych w czasie operacji implantów (np. śrub, kotwic, płytek). Taki stan może prowadzić do uszkodzenia tkanek otaczających operowany staw (np. naczyń krwionośnych, nerwów, innych tkanek miękkich. W takich sytuacjach konieczny jest zwykle ponowny zabieg; w rzadkich przypadkach dochodzi do nieprzewidzianej nietolerancji zastosowanego w implantach mocujących materiału („reakcja przeciwko obcemu ciału”).

**Jako następstwa takiej reakcji wyróżnia się:** reakcje skórne, bolesność, obluzowanie zastosowanego materiału; niezamierzone uszkodzenia tkanek miękkich wskutek użycia aparatu do elektrochirurgii, emitującego promieniowanie elektromagnetyczne (tzw. waporyzator) – teoretycznie są możliwe, mogą prowadzić do degeneracji tkanek miękkich (np. chrząstki stawowej); zastosowanie w ramach operacji mobilnego aparatu RTG wiąże się z obciążeniem promieniowaniem jonizującym. W przypadku nowoczesnych aparatów rentgenowskich zastosowane dawki promieniowania są bardzo niskie i prawie nieszkodliwe.

O innych możliwych powikłaniach/komplikacjach w przypadku konkretnych rodzajów zabiegów zostaną Państwo poinformowani szczegółowo przez lekarza operującego. W razie jakichkolwiek wątpliwości, prosimy o zadawanie pytań.

Miałam/em możliwość rozmowy z lekarzem, zadania mu pytań i wyjaśnienia z nim moich wątpliwości. Zapoznałam/em się również z opisem zaproponowanego mi zabiegu, stanowiącym integralny załącznik formularza świadomej zgody, oraz związanymi z nim możliwymi powikłaniami oraz zaleceniami przed- i po-zabiegowymi. Udzielone mi informacje oraz wyjaśnienia i odpowiedzi na zadane przeze mnie pytania są dla mnie w pełni zrozumiałe.

Wiem, jakiego rodzaju zabieg zostanie mi wykonany, jaki jest jego cel, zakres i przebieg. Zostałam/em zapoznany z możliwymi do przewidzenia korzyściami i ryzykiem związanymi z tą metodą leczenia i z samym zabiegiem.

Zapoznałam/em się z zaleceniami obowiązującymi przed, w trakcie i po zabiegu. Jestem świadoma/y, że pobyt w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej WSS w Zgierzu związany z zabiegiem jest przewidziany na jeden dzień. W związku z tym oświadczam, że zapewniłam/em sobie opiekę i asystę przed- i po zabiegu.

Oświadczam, że udzieliłam/em pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz oraz pozostały personel medyczny zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego i rozmowy poprzedzającej wyrażenie przeze mnie zgody na zabieg. Nie zataiłam/em żadnych informacji o moim stanie zdrowia, w szczególności informacji o chorobach przewlekłych, uczuleniach, infekcjach, przebiegu dotychczasowego leczenia i wszystkich lekach oraz suplementach diety (środkach kupowanych bez zlecenia lekarskiego, bez recepty, niekoniecznie w aptece) przyjmowanych przeze mnie w ostatnich 6 miesiącach.

Nieujawnienie tego rodzaju faktów może negatywnie wpłynąć na proces leczenia i być niebezpieczne dla mojego zdrowia i życia. Jestem w pełni świadoma/y, że odpowiedzialność za zatajenie informacji na temat mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków oraz innych substancji oraz udzielenie lekarzowi i pozostałemu personelowi medycznemu niezgodnych z prawdą informacji spoczywa na mnie.

Przestrzeganie zaleceń przed- i po zabiegowych obowiązujących podczas całego procesu terapii objęte jest moją odpowiedzialnością.

Wyrażam zgodę na ewentualne, uzasadnione z medycznego punktu widzenia, rozszerzenie zakresu zabiegu, jeżeli w trakcie jego wykonywania wystąpią okoliczności, których nie można było przewidzieć na etapie diagnozowania oraz kwalifikowania do zabiegu, a które wskazują na konieczność zmiany zakresu zabiegu.

Wyrażam zgodę na przeniesienie mnie do właściwego oddziału stacjonarnego zgodnie z decyzją lekarza operującego lub lekarza anestezjologa, jeżeli wymagałby tego mój stan zdrowia.

Miejsce na ewentualne uwagi lekarza: .....  
.....  
.....

Data sporządzenia dokumentu: .....

Dane administracyjne

Data .....

.....

**(Pieczętka i podpis lekarza odbierającego zgodę)**

Podpis pacjenta potwierdzający uzyskanie informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu terapeutycznego, wysłuchanie jego zdania i wyrażenie zgody na zabieg:

.....

**(czytelny podpis pacjenta)**

*\*) W przypadku braku numeru PESEL wpisać rodzaj i numer dokumentu tożsamości*