



FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA ZABIEG

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:

ENDOPROTEZOPLASTYKA KOLANA

prawego lewego

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.

OPIS ZAPROPONOWANEGO ZABIEGU:

W szpitalu :

- zabieg będzie przeprowadzony w ciągu 2 dni . Jest to czas potrzebny na przeprowadzenie niezbędnych badań, konsultacji, zabezpieczenie krwi,
- założenia wkłucia celem podawania leków,
- prowadzenie profilaktyki antybiotykowej i przeciwzakrzepowej (zastrzyki w formie podskórnej stosowane są przez około miesiąc),
- zazwyczaj zakładany jest cewnik do pęcherza moczowego,
- w przeddzień zabiegu operacyjnego od godziny 24 należy powstrzymać się od spożywania pokarmów i płynów,
- czasami bywa potrzebna transfuzja krwi,
- po zabiegu prowadzona jest od razu rehabilitacja, gimnastyka oddechowa i przeciwzakrzepowa, w następnej dobie rozpoczynamy pionizację pacjenta – siadanie w miarę możliwości stawanie i pierwsze kroki i w kolejnych dniach kontynuowana jest nauka chodzenia – również na schodach .

Zabieg :

Operacja polega na usunięciu zniszczonych części chrząstki stawowej i zastąpieniu jej sztucznymi implantami i ma na celu zlikwidowanie lub znaczne ograniczenie dolegliwości bólowych, poprawę zakresu ruchu w operowanym stawie. Operacja trwa od 1-3 godzin, cięcie skóry ma około kilkunastu centymetrów.

W czasie operacji i pobytu w klinice jest Pan/Pani pod opieką lekarzy ortopedów, anestezjologa i rehabilitantów. Jednak w tym czasie ze względu na przeprowadzone znieczulenie i zabieg operacyjny oraz proces usprawniania mogą wystąpić pewne powikłania takie jak:

- trudności z oddawaniem moczu wiążące się z koniecznością cewnikowania pęcherza moczowego,
- zaparcia i trudności z oddawaniem gazów i stolca wiążące się z koniecznością stosowania leków przeczyszczających lub wykonaniem enemy,
- powstanie otarć naskórka i odleżyn,
- niecałkowite ustąpienie dolegliwości bólowych wymagające dalszego stosowania leków przeciwbólowych,
- zaburzenia gojenia rany pooperacyjnej,
- zaburzenia czucia w obrębie operowanej kończyny.

Żaden zabieg operacyjny nie jest wolny od ryzyka.

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.

Do ciężkich powikłań po protezoplastyce stawu kolanowego należą :

- zakażenie stawu kolanowego co może wiązać się z reoperacjami , a nawet usunięciem protezy i usztywnieniem stawu Kolanowego,
- złamanie kości,
- uszkodzenie nerwów (np. opadanie stopy , zaburzenia czucia w obrębie operowanej kończyny),
- uszkodzenie naczyń krwionośnych (wiążące się nawet z utratą kończyny),
- niepowodzenia w leczeniu może wiązać z nasileniem odczuwalnego bólu kolana,
- powstanie skrzepin w naczyniach kończyn i płuc pomimo stosowanej profilaktyki może skutkować nawet zgonem ,
- zawał serca, udar mózgu,
- krwotok z przewodu pokarmowego,
- przewlekłe obrzęki operowanej kończyny,
- nierówna długość kończyn,
- odczyny alergiczne na leki i implanty metalowe.

Powikłania późne to :

- skostnienia wokół protezy (ograniczenie zginania stawu kolanowego),
- septyczne lub aseptyczne obłuzowanie protezy prowadzące do wymiany protezy.

Opisane powyżej powikłania mogą wystąpić przy wszystkich bez wyjątku procedurach medycznych bez względu na ich rodzaj i zakres . Mogą wymagać dodatkowych zabiegów, także operacyjnych . Powyższe informacje mają służyć, zrozumieniu przez Panią/Pana czynności podejmowanych przez personel medyczny w celu poprawy stanu zdrowia . Powyższy tekst nie ma na celu wywołania strachu przed operacją, jest jedynie informacją o rodzaju operacji i potencjalnych powikłaniach z nim związanych .

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*