



## 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:

### KOREKCYJĘ OPERACYJNĄ PALUCHA KOŚŁAWEGO

- prawy                       lewy

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 Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Zgierzu w związku ze zdiagnozowaną u mnie jednostką chorobową określoną w rozpoznaniu.

*W szczególności przedstawiona mi została propozycja leczenia zabiegowego.*

#### **Opis proponowanego zabiegu:**

#### **Co to jest paluch koślawy i jakie są jego objawy?**

paluch koślawy (hallux valgus), to zniekształcenie polegające głównie na poszerzeniu wymiaru stopy w części przedniej, szpotawym ustawieniu i kości śródstopia (kość odchyła się w stronę wewnętrzną krawędzi stopy), wystawianiu ku stronie przyśrodkowej głowy tej kości oraz koślawym ustawieniem palucha (odchyła się w stronę zewnętrzną krawędzi stopy). Zniekształcenie występuje głównie u kobiet, znacznie rzadziej u mężczyzn, może występować rodzinie. Nasilenie deformacji postępuje z wiekiem.

#### **Jakie są przyczyny?**

niewątpliwą rolę w powstaniu palucha koślawego odgrywa budowa mięśniowo-więzadłowo-stawowa stopy kobiecej. Duże znaczenie ma też szkodliwe działanie obuwia damskiego. Wysoki obcas powoduje przeciążenie przedniej części stopy czego skutkiem jest poszerzenie przodostopia i obniżenie poprzecznego łuku stopy a wąskie noski butów zwiększają ucisk i potęgują deformację.

Paluchy koślawe w pewnej części przypadków mogą także występować rodzinie – wówczas zmiany mogą wystąpić w okresie dorastania.

### **Jakie są objawy?**

#### **podstawowe objawy to:**

- dolegliwości bólowe w okolicy stawu śródstopno-paliczkowego palucha,
- bolesne modzele (zgrubienia naskórka) na podeszwie stopy powstałe na skutek długotrwałego ucisku,
- pieczenie pod głowami kości śródstopia,
- ucisk obuwia na zniekształcone palce,
- stan zapalny wokół uwypuklenia głowy i kości śródstopia,
- podwichnięcie lub zwichnięcie stawu śródstopno-paliczkowego palucha,
- zniekształcenie stopy utrudniające dobór obuwia,
- ograniczenie wydolności chodu,

### **Na czym polega leczenie palucha koślawego?**

leczenie zależy od postaci zniekształcenia oraz powodowanych dolegliwości, a także od wieku i zawodu chorego. Leczenie zachowawcze wskazane jest w postaciach miernie zaawansowanych lub gdy leczenie operacyjne jest zbyt dużym obciążeniem dla pacjenta.

#### **alternatywą leczenia operacyjnego jest:**

- dobieranie obuwia o szerokiej podstawie nie powodującej ucisku na zdeformowane punkty stopy (w końcowej fazie obuwie ortopedyczne produkowane na zamówienie),
- stosowanie plastrów odciążających,
- stosowanie wkładek odciążających przodostopie,
- leki przeciwbólowe i przeciwzapalne oraz opatrunki na odleżyny skórne celem łagodzenia skutków konfliktu z obuwiem.

Warto też wykonywać ćwiczenia polegające na podeszwowym zginaniu palców. W zaawansowanej deformacji palucha, przy znacznego stopnia dolegliwościach bólowych stosuje się leczenie operacyjne.

### **Jak przebiega operacja?**

Zabieg operacyjny przeprowadza się najczęściej w znieczuleniu przewodowym lub ogólnym. Rodzaj znieczulenia jest dokładnie omawiany podczas rozmowy z anestezyjologiem przed operacją. Na czas operacji zamyka się dopływ krwi do kończyny poprzez założenie opaski uciskowej na udo. Zakres i rodzaj korekcji palucha koślawego uzależniony jest od stopnia nasilenia i rodzaju zniekształcenia. W celu zmiany kształtu przodostopia wykonuje się osteotomię (chirurgiczne przecięcie) i kości śródstopia z korekcją jej osi. Odfamy zostaną zespolone płytką, śrubami, drutami - w zależności od metody operacyjnej. Ponadto wykonuje się plastykę pierwszego stawu śródstopno-paliczkowego. Ranę pooperacyjną zamyka się szwami i zakłada opatrunek. Stopa zwykle nie wymaga unieruchomienia. Niekiedy, już po rozpoczęciu zabiegu (w szczególności po uwidocznieniu operowanego miejsca), niezbędna może okazać się pewna modyfikacja zakresu zabiegu, uzasadniona względami medycznymi, w tym uzyskaniem optymalnego efektu zabiegu lub Pana/Pani bezpieczeństwem. Po zabiegu konieczne jest stosowanie ortezy odciążającej przodostopie.

Możliwe zmiany/rozszerzenia zakresu operacji pomimo dużego doświadczenia i zaangażowania lekarza w proces planowania leczenia, w nieprzewidzianych okolicznościach (problemy techniczne ze sprzętem, nieoczekiwane złożone uszkodzenie wewnętrzne), może zająć konieczność rozszerzenia operacji i zmianę rodzaju dostępu operacyjnego. Jeśli lekarz przewiduje możliwe rozszerzenie zabiegu operacyjnego, zostaną Państwo o tym poinformowani.

W przypadku zajścia nieoczekiwanych okoliczności, gdy konieczne jest rozszerzenie zabiegu, wymagana jest państwa zgoda na takie postępowanie. W przypadku braku zgody zabieg będzie musiał zostać przerwany, a cały proces leczenia opóźniony, co zwiększa ryzyko powikłań.

*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.

**Tak jak w przypadku każdej interwencji chirurgicznej, po operacji palucha koślawego mogą wystąpić rozmaite powikłania. Mogą to być:**

- krwiaki i obrzęki stopy
- martwica skóry w okolicy rany pooperacyjnej
- infekcje
- ograniczenie ruchomości stawu
- przewlekłe bóle w miejscu osteotomii
- brak zrostu
- uszkodzenie nerwów
- nawrót deformacji
- odczyny na zastosowane implanty
- zakrzepica żylna
- zatorowość płucna
- inne nie dające się przewidzieć powikłania

ponadto, każda procedura medyczna może wiązać się z pewnym ryzykiem dla zdrowia psychicznego, w tym z wystąpieniem depresji w okresie pooperacyjnym.

Na prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań składa się wiele czynników, m.in. zaawansowanie schorzenia, ogólny stan zdrowia czy uprzednio przebyte zabiegi. Ryzyko wystąpienia powikłań jest wyższe u osób z nadwagą lub otyłością, palących papierosy (lub inne wyroby tytoniowe), a także chorujących na cukrzycę, nadciśnienie lub pozostałe choroby sercowo-naczyniowe. Ryzyko powikłań może być również wyższe w przypadku innych ciężkich i przewlekłych chorób.

Wskazówki – postępowanie w okresie pooperacyjnym

#### **Prosimy o przestrzeganie zaleceń lekarskich!**

przed operacją należy poinformować o przyjmowanych na stałe lekach, w szczególności o lekach przeciwzakrzepowych („rozzedzających krew”), takich jak aspiryna, polopiryna, heparyna, acenokumarol (sintrom®), warfaryna (warfin®) i inne.

W razie stwierdzenia niepokojących objawów po operacji, np. utrzymujący się mimo stosowanych leków ból, obrzęk, podwyższenie temperatury – nadmierne ucieplenie skóry / ran pooperacyjnych lub gorączka >38°C – należy natychmiast skontaktować się z lekarzem lub najbliższym całodobowym ambulatorium chirurgicznym. przy wypisie do domu otrzymacie państwo kartę informacyjną, w której zawarte będą niezbędne zalecenia, dotyczące postępowania pooperacyjnego, planowanych wizyt kontrolnych, przepisanych leków, unieruchomień itp. w razie niejasności – prosimy o zadawanie pytań lekarzowi prowadzącemu.

*Zapoznałam/em się z zaleceniami obowiązującymi przed, w trakcie 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.

**Niejawnienie 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*