



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:

ZESPOLENIE ZŁAMANIA GWOŹDZIEM ŚRÓDSZPIKOWYM

Kończyna: górna / dolna
 prawa / lewa

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:

Zespołenie operacyjne złamania kości za pomocą gwoździa śródszpikowego jest jedną z powszechnie stosowanych metod leczenia złamań zwłaszcza trzonów kości długich.

Polega ona na wprowadzeniu do jamy szpikowej złamanej kości, z użyciem niewielkichostępów operacyjnych, specjalnego gwoździa śródszpikowego oraz jego zaryglowaniu w części bliższej i dalszej za pomocą specjalnych śrub blokujących.

Gwoździe śródszpikowe są najczęściej stosowane przy złamaniu kości długich (udowej, piszczelowej, ramiennej, kości przedramienia). Mają one różne kształty i wymiary, odpowiednio dostosowane do kształtu, długości i średnicy kości, wykonane są ze specjalnych stopów metali, które zapewniają ich obojętność w stosunku do otaczającego środowiska, jakim jest organizm pacjenta. Są również używane w przypadkach leczenia zaburzeń lub braku zrostu (staw rzekomy), jak również jedna z metod wydłużenia kości.

Metoda ta:

1. Zapewnia skuteczną stabilizację złamania do czasu uzyskania zrostu kostnego.
2. Miejsce wprowadzenie implantu nie znajduje się w bezpośredniej okolicy złamania (brak kontaktu odłamów kostnych ze środowiskiem zewnętrznym i brak konieczności usuwania krwiaka z okolicy szczeliny złamania) co zmniejsza utratę śródoperacyjną krwi i ryzyko rozwoju infekcji oraz ułatwia i przyspiesza zrost kostny.
3. Charakteryzuje się niskim stopniem uszkodzenia tkanek miękkich podczas zabiegu (mięśni, naczyń krwionośnych i nerwów w okolicy złamania).
4. Umożliwia szybkie rozpoczęcie skutecznej rehabilitacji ruchowej złamanej kończyny, często w pierwszej dobie po zabiegu oraz w większości przypadków niweluje potrzebę stosowania opatrunku gipsowego.
5. Szybkie usprawnianie ruchowe w przypadku złamań kończyn dolnych zmniejsza ryzyko powikłań zakrzepowozatorowych i krążeniowo-oddechowych.
6. Ta technika operacyjna wymaga śródoperacyjnego użycia monitora RTG, co wiąże się z ekspozycją pacjenta na promieniowanie rentgenowskie.
7. Niektóre techniki operacyjne wymagają poszerzenia kanału szpikowego celem wprowadzenia gwoźdźcia o odpowiedniej średnicy, stosowane są w tym celu odpowiednio skalowane frezy.
8. Większość zespołów śródszpikowych jest usuwanych po uzyskaniu zrostu kostnego najczęściej po 1-2 latach od zabiegu

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.**

Należy wiedzieć, że zespolenia złamania kości gwoździem śródszpikowym może być w zależności od rodzaju złamania zabiegiem trudnym i długotrwałym, połączonym z utratą krwi i obciążającym zdrowie operowanego.

Pomimo oczywistych korzyści, jakie niesie dla chorego, operacja ta pomimo zachowania przez lekarzy należytej staranności i ostrożności podczas wykonywania tej procedury, jest obciążona ryzykiem powikłań, które mogą mieć istotny wpływ na dalsze zdrowie i życie pacjenta.

Do powikłań, które mogą towarzyszyć zabiegowi należą:

- 1. Powikłania związane z procesem znieczulenia** ogólnego lub podpajęczynówkowego do zgonu okołoperacyjnego włącznie. Szczegółowych informacji może udzielić anestezjolog kwalifikujący do zabiegu.
- 2. Powikłania związane z przebiegiem zabiegu:**
 - Utrata krwi, która wymaga przetoczenia koncentratu krwinek czerwonych lub osocza od niespokrewnionego dawcy w ilości uzależnionej od utraty krwi (krew przetaczana jako tkanka obca dla biorcy może dać różnego typu odczyn; od wzrostu temperatury, poprzez zakażenie wirusowym zapaleniem wątroby typu B i C, wirusem HIV, odczyn anafilaktyczny aż po odczyn hemolityczny, mogący kończyć się zgonem.)
 - Nieprawidłowe osadzenie implantu.

- Niemożność osadzenia elementów implantu ze względu na nasilone uszkodzenie kości i konieczność zmiany podczas zabiegu metody leczenia na „otwartą” lub zastosowania innych typów implantów niż zakładano przed zabiegiem.
- Złamanie kości przy wprowadzaniu implantu wymagające dodatkowego zespolenia.
- Wydłużenie, skrócenie lub zmian osi operowanej kończyny.
- Powikłania neurologiczne łącznie z uszkodzeniem i porażeniem nerwów obwodowych (np. udowego, kulszowego, promieniowego, łokciowego, pośrodkowego, pachowego) odpowiadających za prawidłową funkcję ruchową i czuciową kończyny dolnej.
- Uszkodzenia dużych naczyń tętniczych i żylnych prowadzące do masywnego krwawienia (konieczność poszerzenia zabiegu i wykonanie operacji z rekonstrukcją naczyniową).
- Zatorowość płucna, niewydolność krążeniowo-oddechowa, zawał serca, zaburzenia rytmu serca, wstrząs kardiogeny lub pokrwotoczny, udar mózgu mogące wymagać leczenia w Oddziale Intensywnej Terapii i stosowania procedur podtrzymujących życie a nawet doprowadzić do zgonu pacjenta.

3. Powikłania okresu pooperacyjnego:

- Związane z typem znieczulenia (nudności, wymioty, spadki ciśnienia, zaburzenia pracy serca).
- Nieprawidłowe gojenie rany pooperacyjnej lub zakażenie rany.
- Nasilone krwawienie z rany, krwiak w okolicy operowanej.
- Martwica tkanek w okolicy rany.
- Brak zrostu kostnego, zrost opóźniony lub zrost nieprawidłowy mogące wymagać powtórnej operacji i zmiany metody operacyjnej stabilizacji złamania lub stosowania unieruchomienia w opatrunku gipsowym.
- Zakażenie głębokie kości wokół implantu wymagające powtórnej operacji i usunięcia implantów, długotrwałego leczenia farmakologicznego i operacyjnego, zmiany metody operacyjnej stabilizacji złamania lub stosowania unieruchomienia w opatrunku gipsowym.
- Zakrzepica żylna najczęściej obejmująca żyły kończyn dolnych objawiająca się obrzękiem i przekrwieniem, owrzodzeniami kończyny trwającymi od kilku dni do kilku tygodni, a czasami do końca życia i wymagającymi długotrwałego leczenia farmakologicznego a nawet amputacji kończyny zwłaszcza u pacjentów z towarzyszącą cukrzycą lub miażdżycą.
- Przedłużony okres unieruchomienia w łóżku po zabiegu operacyjnym z zastosowaniem różnego typu opatrunków gipsowych.
- Pooperacyjna destabilizacja zespolenia, złamanie okołointplantowe kości zwłaszcza przy nie przestrzeganiu zaleceń rehabilitacji pozabiegowej lub zbyt wczesnym obciążaniu kończyny wymagające ponownego zabiegu operacyjnego lub leczenia zachowawczego z założeniem unieruchomienia gipsowego.
- Złamanie implantu zwłaszcza śrub ryglujących (możliwa konieczność operacyjnej wymiany na nowy lub konieczność pozostawienia elementów uszkodzonego implantu do końca życia pacjenta).
- Skostnienia okołostawowe utrudniające ruchomość w operowanym stawie.
- Powikłania nefrologiczno-urologiczne (niewydolność nerek, zatrzymanie moczu i konieczność dializoterapii).
- Odczyny uczuleniowe na składniki, z których wykonane są elementy implantu (konieczność usunięcia implantów).
- Utrzymywanie się dolegliwości bólowych.

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.

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*