



ZGODA NA NACIĘCIE ROPNIA OKOŁOMIGDAŁKOWEGO

I. Lekarz prowadzący

.....
Imię i nazwisko lekarza prowadzącego

II. Osoby uprawnione do wyrażenia zgody

Imię i nazwisko PACJENTA

.....

Numer PESEL PACJENTA

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

Imię i nazwisko PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

.....

Numer PESEL / data urodzenia PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

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

III. Rozpoznanie

Na podstawie zgłaszanych dolegliwości oraz przeprowadzonego badania laryngologicznego lekarz stwierdził u Pana/Pani obecność ropnia okołomigdałkowego - zbiornika treści ropnej zlokalizowanego pomiędzy migdałkiem podniebiennym a boczną ścianą gardła. Objawy kliniczne ropnia okołomigdałkowego to:

- Jednostronny silny ból gardła, często promieniujący do ucha
- Szczękościsk
- Ślinotok
- Zaburzenia mowy (mowa gardłowa)
- Trudności w połykaniu
- Powiększenie węzłów chłonnych
- Gorączka i ogólne złe samopoczucie

IV. Nazwa proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej

NACIĘCIE ROPNIA OKOŁOMIGDAŁKOWEGO

V. Opis proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej

Zabieg przeprowadza się w znieczuleniu miejscowym powierzchniowym, które ma na celu zmniejszenie bólu w operowanej okolicy ciała i nie jest związane z pozbawieniem świadomości. Polega ono na podaniu środka miejscowo znieczulającego, zazwyczaj w formie sprayu, na okolicę ropnia. Po znieczuleniu powierzchnym nakłuwana się ropień igłą punkcyjną i w przypadku uzyskania treści ropnej nacina się go wewnątrznie, a następnie poszerza się kleszczykami miejsce nacięcia celem opróżnienia jamy ropnia. Jama ropnia musi być poszerzana codziennie aż do całkowitego braku wypływu treści ropnej. U dzieci ropień okołomigdałkowy nacina się i poszerza w znieczuleniu ogólnym.

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):

- 1) zależnym od indywidualnych warunków pacjenta (w szczególności takie jak stan ogólny, choroby towarzyszące, schorzenia przewlekłe, warunki anatomiczne),
- 2) zależnym od pory roku (w szczególności takie jak okres infekcji jesienno-zimowych, ponadnormatywnie wysokie temperatury latem),
- 3) 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.

VI. Główne przeciwwskazania do wdrożenia proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej

Względny przeciwwskazaniem do zabiegu jest:

- przyjmowanie na stałe leków zmniejszających krzepliwość krwi
- wrodzone i nabyte skazy krwotoczne
- uczulenie na środki miejscowo znieczulające
- brak współpracy pacjenta

VII. Alternatywne metody leczenia lub metody diagnostyczne

- brak alternatywnych metod leczenia lub metod diagnostycznych

VIII. Dające się przewidzieć następstwa zastosowania leczenia lub metody diagnostycznej

Szanowny pacjencie, każdy zabieg chirurgiczny (operacja) może wiązać się:

Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną:

- Krwawienie z miejsca nacięcia. Sporadycznie, przypadku nieustępującego krwawienia pacjent może wymagać usunięcia migdałka podniebiennego (tzw. „tosillektomia” na gorąco”).
- Odma na szyi
- Rozwinięcie się ropowicy szyi lub przestrzeni przygardłowej, które jednak także może być następstwem choroby
- Uczulenie na środek miejscowo znieczulający – zaczerwienienie i świąd skóry, obrzęk twarzy i szyi, wstrząs anafilaktyczny

Wyjątkowo rzadkie powikłania, opisywane w pojedynczych przypadkach na świecie:

Zawał mięśnia sercowego, udar mózgu, zator lub zakrzep, 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.

IX. Dające się przewidzieć następstwa zaniechania proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej

Pozostawienie nienaciętego ropnia okołomigdałkowego może być przyczyną zagrażających życiu, ropnych powikłań szyjnych i wewnątrzczaszkowych jak:

- ropowica szyi
- ropowica przestrzeni przygardłowej
- zakrzepowe zapalenie zatoki jamistej

- zakrzepowe zapalenie żyły szyjnej
- uszkodzenie tętnicy szyjnej wewnętrznej z masywnym krwotokiem
- posocznica (sepsa)

X. Oczekiwane korzyści /skutki odległe / rokowania proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej

Nacięcie ropnia okołomigdałkowego daje zazwyczaj natychmiastową poprawę, pacjent bezpośrednio po zabiegu przestaje odczuwać rozpierający ból gardła, stopniowo ustępuje szczękocisk, zaburzenia mowy i trudności w przetykaniu. Najczęściej w kolejnym dniu wymagane jest poszerzenie miejsca nacięcia i ponowna ewakuacja treści ropno-posokowato-krwistej. Poprawa następuje w kolejnych dniach.

.....
podpis pacjenta lub przedstawiciela/li ustawowego/ych

.....
dodatkowy **podpis pacjenta małoletniego**, który ukończył 16 lat (zgoda podwójna- zgoda pacjenta małoletniego oraz jego przedstawiciela ustawowego)

OŚWIADCZENIA PACJENTA

1. **Oświadczam**, iż zapoznałem/łam* się z treścią niniejszego formularza i w pełni zrozumiałem informacje w nim zawarte oraz te przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem,

.....
Imię i nazwisko lekarza

który poinformował mnie o rozpoznaniu, rodzaju proponowanego zabiegu /procedury medycznej, o sposobie jego /jej przeprowadzenia, o następstwach i powikłaniach mogących wystąpić podczas i po zabiegu/wykonaniu procedury medycznej, przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu/procedury medycznej, alternatywnych metodach diagnostycznych i leczniczych, wynikach leczenia, rokowaniu.

2. **Oświadczam**, iż podczas rozmowy z lekarzem miałem/łam* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam* na nie przystępne, zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi.

3. **Oświadczam**, że podczas wywiadu lekarskiego i badania przekazałem wszystkie i prawdziwe informacje o przebytych, leczonych i nieleczonych dolegliwościach, schorzeniach i chorobach a także nałogach, przyjmowanych lekach, wiadomych mi uczuleniach i alergiach oraz o zabiegach i operacjach, którym zostałem poddany w przeszłości oraz schorzeniach i chorobach członków mojej najbliższej rodziny.

Zgadzam się na przeprowadzenie u mnie wskazanego zabiegu /procedury medycznej oraz jego/jej ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzenia zabiegu/procedury medycznej w razie niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Wyrażam zgodę na wykonanie wszelkich niezbędnych badań i czynności zmierzających do lub związanych z przeprowadzeniem zabiegu, w tym na znieczulenie miejscowe, znieczulenie ogólne i podanie krwi lub produktów krwiopochodnych (o ile zaistnieje taka potrzeba) oraz dysponowanie tkankami, które zostaną usunięte. Wyrażam zgodę na wykonywanie i przechowywanie niezbędnej dokumentacji medycznej.

Potwierdzam i zapewniam, że składam niniejsze oświadczenie świadomie i swobodnie tak, co do powzięcia decyzji jak i wyrażenia woli

Zgodę pobrano: **data:** ___ / ___ / ___ **godzina:** ___ : ___ **Miejsce:** _____

OZNACZENIE LEKARZA ODBIERAJĄCEGO ZGODĘ (data, podpis i pieczętka lekarza)	IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA (wypełnić drukowanymi literami lub umieścić naklejkę – identyfikator pacjenta z CRIP)	PODPIS PACJENTA , także małoletniego*, który ukończył 16 lat	PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (w sytuacji, gdy pacjent jest małoletni*/ ubezważnowolniony /niezdolny do świadomego wyrażenia zgody)

** Uwaga zgoda podwójna tj. zgoda pacjenta oraz jego przedstawiciela ustawowego wymagana jest, gdy pacjent ukończył 16 rok życia)*

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny/procedurę medyczną.

Oświadczam, że zostałem poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego życia i zdrowia.

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej/zabiegu) :

.....
.....

Oświadczenie pobrano: data: ___ / ___ / ___

godzina: ___ : ___

Miejsce: _____

OZNACZENIE LEKARZA ODBIERAJĄCEGO OŚWIADCZENIE (data, podpis i pieczęć lekarza)	IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA (wypełnić drukowanymi literami lub umieścić naklejkę – identyfikator pacjenta z CRIP)	PODPIS PACJENTA , także małoletniego*, który ukończył 16 lat	PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (w sytuacji, gdy pacjent jest małoletni*/ ubezważniony /niezdolny do świadomego wyrażenia zgody)

**Podpis pacjenta/ opiekuna musi być „własnoręczny” i umożliwiający identyfikację (z wyłączeniem szczególnych sytuacji)*