



## ZGODA NA LECZENIE CHIRURGICZNE USUNIĘCIE GUZA DNA JAMY USTNEJ

### 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

Guz dna jamy ustnej – w większości przypadków rak (guz złośliwy)

### IV. Nazwa proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej

USUNIĘCIE GUZA DNA JAMY USTNEJ

### V. Opis proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej

To wycięcie guza wraz z fragmentami tkanek pod językiem (dna jamy ustnej), wyrostka zębodołowego, ślinianki podjęzykowej, ślinianki podżuchwowej, przylegającej części języka i w wybranych przypadkach migdałka podniebiennego. Wielkość usuwanego fragmentu zależy od rozległości guza i może być niewielka (bez istotnych następstw w przyszłości) lub bardzo duża, obejmujący nawet połowę jamy ustnej.

Guzy małe (do 4 cm) można usunąć przez usta. W guzach dużych i zlokalizowanych z tyłu gardła konieczne jest rozległe cięcie w okolicy podbródkowej i rozszczepienie żuchwy. W niektórych przypadkach trzeba wyciąć fragment żuchwy (poziomy- z zachowaniem ciągłości kości -resekcja marginalna lub pionowy -resekcja segmentowa, z późniejszym zespoleniem koniec do końca). Technika zabiegu wymaga żywienia przez zgłębnik do żołądka przez 4-14 dni, w wybranych przypadkach wykonania czasowej tracheotomii i założenie kaniuli do dużej żyły (kontakt centralny). W wybranych przypadkach do gardła na 24 godziny zakładana jest tamponada i chory pozostaje przez ten czas uśpiony.

Funkcja połykania i odżywiania przez usta powraca po około 1- 3 tygodniach. Operacja może wymagać przetoczenia krwi. Zabieg w jamie ustnej w większości przypadków jest połączony z zabiegiem na szyi - z jedno- lub obustronnym usunięciem węzłów chłonnych.

Ryzyko powikłań rośnie, gdy pacjent operowany jest po niepowodzeniu radio lub radiochemio terapii.

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

- Nadciśnienie tętnicze
- Zaburzenia krzepnięcia
- Niewydolność krążenia
- Brak kwalifikacji anestezyjologicznej do operacji w znieczuleniu ogólnym
- Guz neresekcyjny, czyli niemożliwy do usunięcia wraz z marginesem tkanek niezmiennych

## VII. Alternatywne metody leczenia lub metody diagnostyczne

Radio lub radiochemioterapia, ale skuteczność jest nieco niższa

## VIII. Dające się przewidzieć następstwa zastosowania leczenia lub metody diagnostycznej

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

- z następstwami, które są wynikiem choroby lub leczenia (mogą wystąpić na każdym etapie diagnostyki i leczenia)
- z powikłaniami, które choć nie są wynikiem błędu to są zdarzeniami niepożądanymi (występują z różną częstością).

Po zabiegu mogą wystąpić następujące następstwa lub powikłania:

Wyjątkowo rzadkie, opisywane w pojedynczych przypadkach na świecie:

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

Częste, lecz niegroźne:

- Krwawienie wczesne z gardła lub rany operacyjnej na szyi
- Krwawienie późne z rany operacyjnej (najczęściej do 7 doby), rzadko: obfite, wymagające powtórnej tamponady
- Obrzęk w gardle, ból okolicy całej szyi, krwiak na szyi
- Odma podskórna
- Obrzęk twarzy o charakterze przemijającym
- Ze względu na trwałą zmianę anatomii zaburzenia połykania (o różnym nasileniu), zmiana barwy głosu, zaburzenia artykulacji (pogorszenie wymowy, czasem bardzo znaczne, mowa bełkotliwa)
- Zaburzenia ruchomości języka związana z resekcją nerwu podjęzykowego i resekcją mięśni języka
- Zaburzenia czucia na języku związana z resekcją nerwu językowego, zaburzenia smaku
- Dolegliwości neuralgiczne w gardle związana z drażnieniem nerwu językowo-gardłowego
- Zaburzenia ruchomości nasady języka i przedostawanie się pokarmów do dróg oddechowych (zachłystywanie)
  
- Zaburzenia ruchomości ramienia, zaburzenia ruchomości barku, niedowład nerwu XI, niedowład splotu barkowego
- Porażenie gałęzi brzożnej nerwu twarzowego
- Konieczność trwałej tracheotomii przy guzach bardziej rozległych

Rzadkie, lecz dużo poważniejsze:

- Obrzęk krtani, pogorszenie komfortu oddychania, rzadko: tak znaczny, że wymaga pilnej tracheotomii (otworu do oddychania w przedniej części szyi)
- Całkowity niedowład języka, konieczność założenia sondy do żołądka na stałe lub gastrostomii w celu żywienia.
- Niewydolność nasady języka wymagająca utrzymania na stałe tracheotomii
- Niemożność porozumienia się z otoczeniem ze względu na brak możliwości wymawiania wyrazów
- Odma śródpiersiowa, zapalenie śródpiersia i zgon
- Niekontrolowany wypływ chłonki i zgon

Po każdym rozległym zabiegu chirurgicznym mogą wystąpić poważne powikłanie ogólne:

Zapalenie płuc, zatory i zakrzepy żyłne, udar mózgu, zakażenie ogólnoustrojowe, zawał mięśnia sercowego, niewydolność oddechowa i 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.

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

Duszność, wyniszczenie organizmu

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

Poprawa jakości życia, rokowania niepewne ze względu na lokalizację nowotworu

.....  
**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: \_\_\_\_\_

|                                                                                            |                                                                                                                                |                                                                           |                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                            |                                                                                                                                |                                                                           |                                                                                                                                                              |
| <b>OZNACZENIE LEKARZA<br/>ODBIERAJĄCEGO ZGODĘ</b> (data,<br>podpis<br>i pieczętka lekarza) | <b>IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA</b><br>(wypełnić drukowanymi literami lub<br>umieścić naklejkę – identyfikator<br>pacjenta z CRIP) | <b>PODPIS PACJENTA</b> , także<br>małoletniego*, który ukończył 16<br>lat | <b>PODPIS PRZEDSTAWICIELA/LI<br/>USTAWOWEGO/YCH</b><br>(w sytuacji, gdy pacjent jest małoletni*/<br>ubezważniony/niezdolny do<br>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: \_\_\_\_\_

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

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