



ZGODA NA LECZENIE CHIRURGICZNE POSZERZENIE GŁOŚNI POPRZEZ ODCIĄgniĘCIE FAŁDU GŁOSOWEGO (LATEROFIKSACJA)

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

Obustronne porażenie fałdów głosowych.

IV. Nazwa proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej

POSZERZENIE GŁOŚNI POPRZEZ ODCIĄgniĘCIE FAŁDU GŁOSOWEGO (LATEROFIKSACJA)

V. Opis proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej

Wykonywany jest przy obustronnym porażeniu fałdów głosowych, czego wynikiem jest duszność. Polega na odciągnięciu nicią chirurgiczną tylnego odcinka jednego fałdu głosowego, aby stworzyć miejsce dla przepływu powietrza.

Wykonuje się bezpośrednio po porażeniu, jest to zabieg odwracalny. Każde poszerzenie szpary oddechowej powoduje pogorszenie możliwości zwania fałdów głosowych i tym samym pogorszenie jakości głosu. Przed przystąpieniem do zabiegu zawsze należy uzyskać u Pacjenta zgodę na tracheotomię, czyli na zabieg ratujący życie w przypadku niepowodzenia ekstubacji, czyli usunięcia rurki intubacyjnej.

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

- Nadmierna otyłość
- Nadciśnienie tętnicze
- Zaburzenia krzepnięcia
- Niewydolność krążenia
- Brak kwalifikacji anestezyjologicznej do operacji w znieczuleniu ogólnym

VII. Alternatywne metody leczenia lub metody diagnostyczne

Alternatywną metodą leczenia jest tracheotomia polegająca na wykonaniu otworu w szyi

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:

- Ból gardła, obrzęk w gardle
- Skaleczenie błony śluzowej gardła lub krtani, odpluwanie krwistej wydzieliny
- Zmiana barwy głosu
- Odma podskórna
- Skaleczenie wargi, ułamanie zęba
- Zakażenie skóry i ropienie w okolicy nitek wyprowadzonych na zewnątrz
- Rozwój ziarniny w świetle krtani wokół ciała obcego (nitki)

Rzadkie, lecz dużo poważniejsze:

- Obrzęk krtani, pogorszenie komfortu oddychania, rzadko: tak znaczny, że wymaga pilnej tracheotomii (wykonania otworu do oddychania w środkowej części szyi)
- Zwichnięcie chrząstki nalewkowatej krtani
- Odma śródpiersia
- Przerwanie nitki i nagła duszność

Uwaga: zabieg w niektórych przypadkach trzeba powtórzyć

Uwaga: komfort oddychania nigdy nie będzie taki sam jak w nieuszkodzonej krtani lub przez tracheotomię

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

Przy zaniechaniu leczenia możliwe jest pogorszenie stanu zdrowia

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

Poprawa komfortu oddychania. Rokowania bardzo dobre

.....
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/LI USTAWOWEGO/YCH (w sytuacji, gdy pacjent jest małoletni*/ ubezważniony /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 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/LI USTAWOWEGO/YCH (w sytuacji, gdy pacjent jest małoletni*/ ubezwłasnowolniony /niezdolny do świadomego wyrażenia zgody)

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