



ZGODA NA LECZENIE CHIRURGICZNE

- Operacja nowotworu złośliwego szczęki
- Resekcja częściowa szczęki
- Resekcja szczęki
- Resekcja szczęki z wytrzewieniem oczodołu
- Resekcja twarzowo-czaszkowa

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

Nowotwór złośliwy szczęki

IV. Nazwa proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej

OPERACJA NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO SZCZĘKI

RESEKCJA CZĘŚCIOWA SZCZĘKI

RESEKCJA SZCZĘKI

RESEKCJA SZCZĘKI Z WYTRZEWIENIEM OCZODOŁU

RESEKCJA TWARZOWO-CZASZKOWA

V. Opis proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej

Polega na usunięciu guza złośliwego z nosa, z komórek sitowych, zatok szczękowych, czołowych, klinowych. Ponieważ jedynie operacja daje szansę na wyleczenie, musi być rozległa, zawsze w znieczuleniu ogólnym. Wykonuje się cięcie zewnętrzne - pod wargą (kosmetyczne) lub na skórze, wzdłuż brzegu nosa, poszerzone o rozcięcie wargi górnej i cięcia pod lub nad okiem. Rozległe usuwa się kości szczęki. Guz usuwa się z jak najszerszym marginesem:

1. resekcja przegrody nosa
2. resekcja podniebienia twardego
3. resekcja ciała tłuszczowego policzka i mięśni wraz z gałązkami nerwu twarzowego
4. resekcja łuku jarzmowego
5. usunięcie gałki ocznej
6. resekcja fragmentu podstawy czaszki, resekcja opony twardej

W przypadku resekcji podniebienia konieczne jest protezowanie (dopasowanie obturatora szczękowego). W przypadku rozległych nowotworów i reoperacji rośnie ryzyko powikłań.

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 jesiennie-zimowych, ponadnormatywnie wysokie temperatury latem),
- 3) zależnym od czynników zewnętrznych, niespodziewanych i niemożliwych do przewidzenia (w szczególności takie jak zwiększona zakaźność w stanie epidemii, kłęski 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

Zabieg ratujący życie

- Brak kwalifikacji anestezyjologicznej do operacji w znieczuleniu ogólnym
- Guz nieresekcyjny, czyli niemożliwy do usunięcia wraz z marginesem tkanek niezmiennych

VII. Alternatywne metody leczenia lub metody diagnostyczne

Chemioterapia, radioterapia. Metody te są zdecydowanie mniej skuteczne w tej lokalizacji nowotworu.

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 (do 24h), może wymagać zmiany tamponady
- Krwawienie późne (najczęściej do 7 doby, rzadko-późniejsze), może wymagać ponownej tamponady
- Odma na twarzy, odma w obrębie powiek
- Obrzęk, zasinienie, ból w okolicy nosa i oczodołu, zapalenie tkanek oczodołu
- Zapalenie kości, pojawienie się infekcji z cuchnącą wydzieliną z nosa
- Krwiak oczodołu
- Utrwalone objawy ze strony oczodołu: dwojenie, łzawienie
- Płynotok, ograniczone zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, konieczność przeprowadzenia zabiegu naprawczego

- Formowanie się strupów, skrzepów, ewakuacja fragmentów tkanek, nieprzyjemny zapach
- Konieczność oczyszczania nosa i nakładania maści
- Trwały brak węchu po zabiegu
- Dolegliwości o charakterze neuralgii
- Nawrót guza (dość często)
- Deformacja twarzy, trwałe ubytki tkanek twarzy, gałki ocznej, policzka, wargi, nosa

Rzadkie, lecz dużo poważniejsze:

- po enukleacji jednej gałki ocznej przywspółczulne zapalenie nerwu wzrokowego drugiego oka i ślepotą
- krwawienie z zatoki jamistej
- odma śródczaszkowa z koniecznością zabiegu neurochirurgicznego
- ciężkie zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych
- skaleczenie i krwotok z tętnicy szyjnej wewnętrznej

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.

Operacja może wymagać przetoczenia krwi.

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

Pogorszenie stanu zdrowia

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

Rokowania niepewne

.....
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)*