



ZGODA NA PARACENTEZĘ - NACIĘCIE BŁONY BĘBENKOWEJ

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 ostre zapalenie ucha środkowego w fazie wysiękowej tj. z obecnością wydzieliny zapalnej w obrębie jamy bębenkowej. Objawami zapalenia ucha środkowego są:

- ból ucha, zatkanie ucha, pulsowanie w uchu
- pogorszenie słuchu
- wzrost temperatury ciała
- ogólne złe samopoczucie
- osłabienie apetytu
- bolesność w okolicy zausznej i/lub okolicy przedusznej

IV. Nazwa proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej

PARACENTEZA - NACIĘCIE BŁONY BĘBENKOWEJ

V. Opis proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej

Zabieg przeprowadza się w znieczuleniu miejscowym powierzchniowym, które ma na celu zniesienie bólu w operowanej okolicy ciała i nie jest związane z pozbawieniem świadomości. Polega ono na podaniu środka miejscowo znieczulającego, zazwyczaj w formie sprayu lub na sączku do przewodu słuchowego zewnętrznego. Następnie lekarz przy użyciu specjalnego nożyka nacina błonę bębenkową, co umożliwi odpływ wydzieliny śluzowej lub ropnej zalegającej w jamie bębenkowej, a po zabiegu zakłada jałowy sączek do przewodu słuchowego zewnętrznego.

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:

Względnym 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

Alternatywą jest leczenie farmakologiczne tj. leki obkurczające błonę śluzową nosa i trąbek słuchowych umożliwiające odpływ zalegającej wydzieliny, antybiotykoterapia, leki mukolityczne upłynniające zalegającą wydzielinę.

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

- skaleczenie skóry przewodu słuchowego zewnętrznego – krwawienie z ucha
- uszkodzenie opuszki żyły szyjnej wewnętrznej – krwawienie z ucha
- zwichnięcie stawów między kosteczkami słuchowym (najczęściej staw kowadełkowo-młoteczkowy) - pogorszenie słuchu
- uszkodzenie nerwu twarzonego - porażenie/niedowład mięśni mimicznych twarzy
- trwałe ubytek (perforacja) błony bębenkowej

Wyjątkowo rzadkie, 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

- samoistne pęknięcie błony bębenkowej - rana szarpana trudniej poddająca się gojeniu niż rana cięta wykonana w trakcie w/w zabiegu, co zwiększa możliwość trwałego ubytku błony bębenkowej i trwałego uszkodzenia słuchu
- powikłania usznopochodne zewnętrznozaszkowe: ropień podokostnowy (obrzęk) w okolicy zausznej i/lub przedusznej, porażenie nerwu twarzowego (porażenie/niedowład mięśni mimicznych twarzy)
- powikłania usznopochodne wewnętrznozaszkowe: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, ropień mózgu (płata skroniowego) po stronie chorego ucha

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

Po nacięciu błony bębenkowej obserwuje się przemijające osłabienie słuchu z towarzyszącym szumem usznym, które ustępują po ok. 2 tygodniach. Odległym powikłaniem po zabiegu paracentezy jest trwały ubytek (perforacja) błony bębenkowej.

.....
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 krwipochodnych (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*/ ubezwłasnowolniony /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) :

.....
.....

Zgodę pobrano:

data: ___ / ___ / ___

godzina: ___ : ___

Miejsce: _____

OZNACZENIE LEKARZA ODBIERAJĄCEGO ZGODĘ (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)*