

ZGODA NA LECZENIE CHIRURGICZNE

w oparciu o Polskie Towarzystwo Laryngologów Chirurgów Głowy i Szyi

I. Lekarz prowadzący/ operujący:

.....

II. Osoby uprawnione do wyrażenia zgody

Imię i nazwisko Pacjenta:

.....

PESEL Pacjenta:

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

Imię i nazwisko Przedstawiciela Ustawowego:

.....

PESEL/data urodzenia Przedstawiciela Ustawowego:

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

III. Rozpoznanie

Bezdech senny i chrapanie

IV. Nazwa proponowanego leczenia

PLASTYKA CIEŚNI GARDŁA I PODNIEBIENIA Z USUNIĘCIEM MIGDAŁKÓW PODNIEBIENNYCH
(UPPPP) W PRZYPADKACH BEZDECHU I CHRAPANIA

.....

V. Opis proponowanego leczenia

Jest to zabieg który polega na usunięciu migdałków podniebiennych i wykonaniu plastyki podniebienia dzięki czemu dochodzi do pogrzeszenia cieśni gardła. Zabieg wykonywany jest 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

- przyjmowanie na stałe leków zmniejszających krzepliwość krwi
- wrodzone i nabyte skazy krwotoczne
- uczulenie na środki miejscowo znieczulające
- brak współpracy pacjenta
- nadmierna otyłość
- nadciśnienie tętnicze
- niewydolność krążenia
- brak kwalifikacji anestezyjologicznej do operacji w znieczuleniu ogólnym

VII. Alternatywne metody leczenia

- brak alternatywnych metod leczenia lub metod diagnostycznych

VIII. Dające się przewidzieć następstwa zastosowania leczenia

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:

Częste, lecz niegroźne:

- Obrzęk języczka, ból gardła, ból uszu
- Krwawienie z gardła – wczesne (w 1 dniu)
- Krwawienie późne (w dniach kolejnych, głównie do 7 doby)
- Odma na szyi
- Zmiana barwy głosu, nosowanie
- Powiększenie i ból węzłów chłonnych szyi w pierwszych dniach po zabiegu zaburzenia smaku i czucia w gardle
- Zaburzenia połykania utrzymujące się 2- 3 tygodnie
- Następstwa odległe jak suchość w gardle, pieczenie, palenie, częstsze pojawianie się chryпки

Rzadkie, lecz dużo poważniejsze:

- silne krwawienie wymagające zaszcicia nisz migdałkowych lub kilkudniowej wentylacji mechanicznej pacjenta
- i wytamponowania gardła dolnego
- ropień w obrębie gardła
- ropień szyi
- krwawienie z tętnicy szyjnej wewnętrznej z krwotokiem i porażeniem połowicznym

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/operującego.

IX. Dające się przewidzieć następstwa zaniechania proponowanego leczenia

Przy zaniechaniu leczenia możliwe jest pogorszenie stanu zdrowia.

X. Oczekiwane korzyści/ skutki odległe/ rokowania proponowanego leczenia

Poprawa jakości życia, 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/łam* 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/łam* 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/na* 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 OSOBY ODBIERAJĄCEJ ZGODĘ (data, podpis i pieczęć)	
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA (wypełnić drukowanymi literami)	
PODPIS PACJENTA także małoletniego**, który ukończył 16 rok życia	
PODPIS PRZEDSTAWICIELA/ LI USTAWOWEGO/ YCH (w sytuacji, gdy pacjent jest małoletni**/ ubezwłasnowolniony/niezdolny do świadomego wyrażenia zgody)	

*Niepotrzebne skreślić

** 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/na* 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 OSOBY ODBIERAJĄCEJ OŚWIADCZENIE (data, podpis i pieczętka lekarza)	
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA (wypełnić drukowanymi literami)	
PODPIS PACJENTA także małoletniego**, który ukończył 16 rok życia	
PODPIS PRZEDSTAWICIELA/ LI USTAWOWEGO/YCH (w sytuacji, gdy pacjent jest małoletni**/ ubezważniony /niezdolny do świadomego wyrażenia zgody)	

*Niepotrzebne skreślić

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