

# 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

Przewlekłe zapalenie zatok przynosowych z polipami lub bez

## IV. Nazwa proponowanego leczenia

FUNKCJONALNA ENDOSKOPOWA OPERACJA ZATOK – FEOZ

.....

.....

## V. Opis proponowanego leczenia

Wskazana jest w przewlekłym zapaleniu zatok przynosowych. Polega na usunięciu z nosa, z komórek sitowych, zatok szczękowych, czołowych i klinowych tkanek zapalnych, nieprawidłowych przegród kostnych, odblokowaniu ujść naturalnych zatok, wypłukaniu zatok i usunięciu patologicznej wydzieliny (ropy, mas grzybiczych, treści zastoinowej), polipów. Wykonywana jest w znieczuleniu ogólnym.

Cel: przywrócenie drożności nosa, poprawa wentylacji zatok przynosowych, możliwa poprawa węchu, pozwala na złagodzenie zatoko-pochodnych bólów głowy, ale nie zabezpiecza przed odrostem polipów.

Jest zabiegiem wieloetapowym i złożonym, zakres zabiegu zależy od rozległości zmian; może ale nie musi zawierać:

1. Usunięcie wyrostków haczykowatych
2. Poszerzenie ujścia zatok szczękowych
3. Otwarcie sitowia przedniego i zachyłków czołowych
4. Otwarcie sitowia tylnego
5. Otwarcie zatoki klinowej

Zabieg operacyjny będzie wykonywany zgodnie z dostępną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności. Zabiegi operacyjne mogą być powiązane z różnym procentowo ryzykiem powikłań, które mogą zależeć od:

- 1) indywidualnych warunków pacjenta (w szczególności takie jak stan ogólny, choroby towarzyszące, schorzenia przewlekłe, warunki anatomiczne),
- 2) pory roku (w szczególności takie jak okres infekcji jesienno-zimowych, ponadnormatywnie wysokie temperatury latem),

3) czynników zewnętrznych, niespodziewanych i niemożliwych do przewidzenia (w szczególności takich 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. Informacje nieudzielone lekarzowi, a mogące okazać się istotne dla przebiegu zabiegu, mogą zwiększyć ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych.

## VI. Główne przeciwwskazania do wdrożenia proponowanego leczenia

- Nieregulowane nadciśnienie tętnicze
- Niewydolność krążenia
- Nielezione POCHP
- Brak kwalifikacji anestezyjologicznej do operacji w znieczuleniu ogólnym
- Zaburzenia krzepnięcia

## VII. Alternatywne metody leczenia

- brak

## VIII. Dające się przewidzieć następstwa zastosowania leczenia

Każdy zabieg chirurgiczny (operacja) może wiązać się:

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

Po zabiegu FEOZ 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 tamponady
- Krwawienie późne (w dniach kolejnych, głównie do 7 doby, ale może być też w późniejszym czasie), może wymagać tamponady
- Odma na twarzy, odma w obrębie powiek
- Obrzęk, zasinienie, ból w okolicy nosa i oczodołu, zapalenie tkanek oczodołu
- Zapalenie kości, nawroty infekcji
- Formowanie się strupów, skrzepów, ewakuacja fragmentów tkanek, nieprzyjemny zapach
- Konieczność oczyszczania nosa i nakładania maści
- Rozwój zrostów wewnątrznosowych
- Dolegliwości o charakterze neuralgii
- Ponowny odrost polipów (zwłaszcza przy braku odczulania) lub przerost tkanek zapalnych (przy nawracających infekcjach)
- Bardzo rzadko: trwały brak węchu po zabiegu

Rzadkie, lecz poważniejsze:

- Masywne krwawienie wymagające podwiązania tętnicy na szyi
- Bardzo rzadko: krwiak oczodołu
- Bardzo rzadko: uszkodzenie nerwu wzrokowego
- Utrwalone objawy ze strony oczodołu: zaburzenia widzenia (dwojenie), łzawienie
- Płynotok, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, konieczność przeprowadzenia zabiegu naprawczego
- Bardzo rzadko: krwawienie z zatoki jamistej
- Bardzo rzadko: odma śródczaszkowa z koniecznością zabiegu neurochirurgicznego
- Bardzo rzadko: ślepota oka po stronie operowanej

- Bardzo rzadko: 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/operującego.

Operacja może wymagać przetoczenia krwi.

#### **IX. Dające się przewidzieć następstwa zaniechania proponowanego leczenia**

Narastające problemy z oddychaniem przez nos, pogorszenie stanu zdrowia

#### **X. Oczekiwane korzyści / skutki odległe / rokowania proponowanego leczenia**

Poprawa jakości oddychania i życia

.....  
**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/am\* 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: \_\_\_\_\_

<b>OZNACZENIE OSOBY ODBIERAJĄCEJ ZGODĘ</b> (data, podpis i pieczęćka)	
<b>IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA</b> (wypełnić drukowanymi literami)	
<b>PODPIS PACJENTA</b> także małoletniego**, który ukończył 16 rok życia	
<b>PODPIS PRZEDSTAWICIELA/ LI USTAWOWEGO/ YCH</b> (w sytuacji, gdy pacjent jest małoletni**/ ubezważasnowolniony /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: \_\_\_\_\_

<b>OZNACZENIE OSOBY ODBIERAJĄCEJ OŚWIADCZENIE</b> (data, podpis i pieczęć lekarza)	
<b>IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA</b> (wypełnić drukowanymi literami)	
<b>PODPIS PACJENTA</b> także małoletniego**, który ukończył 16 rok życia	
<b>PODPIS PRZEDSTAWICIELA/ LI USTAWOWEGO/ YCH</b> (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).