

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

Proste przewlekłe zapalenie ucha. Perforacja błony bębenkowej.

IV. Nazwa proponowanego leczenia

MYRINGOPLASTYKA

.....

.....

V. Opis proponowanego leczenia

Rekonstrukcja błony bębenkowej wykonywana w przypadkach jej perforacji (ubytku). Do uzupełnienia ubytku błony można zastosować różne materiały (powięź, ochrzęstną, chrząstkę). Cięcie skórne może być wykonane wewnątrzprzewodowo lub w załamku za małżowiną uszną. Celem leczenia jest ponowne oddzielenie jamy bębenkowej od światła przewodu słuchowego, czyli zamknięcie perforacji. Zabieg przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym.

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
- Zaburzenia krzepnięcia
- Niewydolność krążenia
- Brak kwalifikacji anestezjologicznej do operacji w znieczuleniu ogólnym
- Przeciwwskazania miejscowe, głównie zakażenie ucha, ropotok, wydzielina z ucha (mokre ucho)

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 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:

- krwiak okolicy operowanej
- stan zapalny okolicy operowanej
- zaburzenia czucia w okolicy operowanej
- skaleczenie i stan zapalny przewodu słuchowego zewnętrznego
- krwiak błony bębenkowej lub w jamie bębenkowej
- stan zapalny ucha środkowego
- nawrót lub przetrwała perforacja błony bębenkowej, co wymaga ponownego zabiegu
- nieprawidłowe ułożenie lub wgojenie przeszczepu i pogorszenie słuchu
- zaburzenia smaku
- odstawanie małżowiny usznej

Rzadkie, dużo poważniejsze:

- wytworzenie się perlaka w jamie bębenkowej lub kieszonki retrakcyjnej, co wymaga ponownego zabiegu
- znaczne pogorszenie słuchu z głuchotą włącznie
- porażenie nerwu twarzowego
- zapalenie błędniaka, zawroty głowy

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

Pogorszenie słuchu

X. Oczekiwane korzyści / skutki odległe / rokowania proponowanego leczenia

Poprawa słuchu, 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 pieczęćka) | |
| 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**/ 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: _____

| | |
|--|--|
| OZNACZENIE OSOBY ODBIERAJĄCEJ OŚWIADCZENIE (data, podpis i pieczęć 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).