

# 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

Odstające uszy

## IV. Nazwa proponowanego leczenia

OPERACJA ODSTAJĄCYCH USZU

.....

.....

## V. Opis proponowanego leczenia

Celem zabiegu jest zmiana ustawienia odstających małżowin usznych. 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, kłęski 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

## 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 tkanek miękkich,
- brak idealnej symetrii obu małżowin usznych po zabiegu
- brak akceptacji kształtu małżowin usznych przez pacjenta

Rzadkie, dużo poważniejsze:

- stan zapalny chrząstki małżowiny usznej i jej trwała deformacja pomimo leczenia przeciwzapalnego,
- powrót małżowiny do pierwotnego kształtu

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

Brak

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

Poprawa jakości życia i resocjalizacji

.....  
**podpis** pacjenta lub przedstawiciela/li ustawowego/yh

.....  
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: \_\_\_\_\_

<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).