

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

Choroba Meniere'a

IV. Nazwa proponowanego leczenia

PODANIE GENTAMYCYNY DO JAMY BĘBENKOWEJ

.....

.....

V. Opis proponowanego leczenia

Jest jedną z metod leczenia choroby Meniere'a. Celem jest zniesienie napadowych zawrotów głowy poprzez wyłączenie chorego błędnika. Po leczeniu zazwyczaj pojawia się uczucie niestabilności i zaburzenia równowagi, zwykle o charakterze przemijającym w ciągu kilku tygodni. Liczba wstrzyknięć gentamycyny jest zależna od reakcji ucha wewnętrznego pacjenta na podawany lek.

Terapia wiąże się z ryzykiem pogorszenia słuchu w ostrzykiwanym uchu (ok. 20-30%). Zabieg przeprowadza się w znieczuleniu 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:

Częste, lecz niegroźne:

- zaburzenia równowagi i uczucie niestabilności - występują u zdecydowanej większości pacjentów, zwykle mają charakter przejściowy,
- nieznaczne pogorszenie słuchu w ostrzykiwanym uchu
- nasilenie szumu usznego
- skaleczenie i stan zapalny przewodu słuchowego zewnętrznego
- krwiak błony bębenkowej lub w jamie bębenkowej
- stan zapalny ucha środkowego

Rzadkie, dużo poważniejsze:

- znaczne pogorszenie słuchu z głuchotą włącznie
- perforacja (otwór) błony bębenkowej
- zaburzenia smaku
- porażenie nerwu twarzowego

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

Pogorszenie stanu zdrowia

X. Oczekiwane korzyści/ skutki odległe/ rokowania proponowanego leczenia

Zmniejszenie objawów choroby

.....
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/ ła^m* się z treścią niniejszego formularza i w pełni zrozumiałem/ ła^m* 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/ ła^m* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/ ła^m* na nie przystępne, zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi.

3. **Oświadczam**, że podczas wywiadu lekarskiego i badania przekazałem/ ła^m* 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**/ ubezważniony /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).