

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

Skrzywienie przegrody nosa

IV. Nazwa proponowanego leczenia

OPERACJA PRZEGRODY NOSA (SEPTOPLASTYKA)

.....

.....

V. Opis proponowanego leczenia

Zabieg polega na chirurgicznym wyprostowaniu skrzywionej przegrody nosa. Może być wykonany w znieczuleniu miejscowym lub w znieczuleniu ogólnym. Ma na celu poprawę drożności nosa, komfortu oddychania i sprzyja lepszej wentylacji wszystkich zatok przynosowych. Może zmniejszyć nasilenie chrapania i objawów bezdechu.

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

- Niekontrolowane 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 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 **septoplastyki** mogą wystąpić następujące następstwa lub powikłania:

Wyjątkowo rzadkie, opisywane w pojedynczych przypadkach na świecie:

Zawał mięśnia sercowego, udar mózgu, zator lub zakrzep, zgon

Częste mniej groźne:

- Krwawienie wczesne (do 24h), może wymagać zmiany tamponady na nową
- Krwawienie późne (najczęściej do 7 doby, rzadko-późniejsze), może wymagać tamponady lub operacyjnego zamknięcia naczynia krwionośnego
- Ból nosa
- Obrzęk wargi górnej, krwiak w obrębie podniebienia
- Formowanie się strupów, skrzepów, nieprzyjemny zapach z nosa
- Konieczność oczyszczania nosa i nakładania maści
- Złusowanie reimplantowanej chrząstki (przekrzywienie wstawionej chrząstki) z ponownym pogorszeniem drożności nosa
- Wystąpienie perforacji (otworu) w przegrodzie nosa przy zabiegu lub w przebiegu gojenia
- Niedrożność otwarta
- Rozwój zrostów wewnątrznosowych

Rzadkie, dużo poważniejsze:

- Deformacja nosa zewnętrznego z zapadnięciem się grzbietu nosa
- Masywne krwawienie wymagające podwiązania tętnicy na szyi

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 oddychania przez nos i pogorszenie stanu zdrowia

X. Oczekiwane korzyści/skutki odległe/rokowania proponowanego leczenia

Poprawa jakości oddychania i życia

.....
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: _____

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).