

Imię i nazwisko pacjenta.....PESEL:.....

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA/TKI

DUŻA AMPUTACJA KOŃCZYNY DOLNEJ

Badanie przedoperacyjne potwierdziło u Pana/Pani martwicę kończyny dolnej i brak możliwość dalszej poprawy ukrwienia. Jedyną szansą na wyleczenie jest zabieg operacyjny polegający na amputacji na wysokości uda/goleni/ wyłuszczenia w stawie biodrowym. Operacja ta wymaga znieczulenia (rodzaj znieczulenia ustalony będzie z anestezyjologiem). najczęściej zewnątrzoponowego- w kręgosłup. Zabieg polega na poprzecznym przecięciu skóry i mięśni oraz kości, podwiązaniu naczyń i nerwów z poprzedzającym znieczuleniem tych ostatnich 0,5% lignokainą, a następnie zeszytciu i uformowaniu kikuta. W okresie pooperacyjnym prowadzona jest i rehabilitacja, polegająca na jak najszybszym przystosowaniu pacjenta do samodzielnego wykonywania codziennych czynności życiowych: siadanie na wózku, chodzenie o kulach, a w przyszłości dążenie do zaprotegowania kończyny

W dniu wypisu ze szpitala otrzyma Pan/Pani kartę informacyjną z dokładnymi informacjami dotyczącymi kontroli chirurgicznej i dalszego leczenia.

POWIKŁANIA, KTÓRE MOGĄ WYSTĄPIĆ PO AMPUTACJACH:

- rozejście się rany kikuta
- krwawienie z kikuta
- ropień w ranie, w przypadku wcześniejszej infekcji w obrębie kończyny
- niedokrwienie/martwica kikuta

Ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego Pani/Panu zabiegu operacyjnego zdarzają się rzadko, aczkolwiek nigdy nie można ich wykluczyć.

UWAGA:

Przed zabiegiem operacyjnym należy poinformować lekarza o istniejących chorobach, uczuleniach, oraz ewentualnym nie wyrażeniu zgody na przetaczanie krwi.

Zgadzam się na przeprowadzenie u mnie proponowanego zabiegu operacyjnego oraz ewentualne zmiany lub rozszerzenie zakresu zabiegu

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanego zabiegu. Potencjalne skutki zdrowotne tej decyzji zostały mi przedstawione

.....
(data i podpis pacjenta/teki lub opiekuna prawnego)

.....
(data i podpis lekarza przyjmującego zgodę)