

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

## ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA/TKI

### MAŁA AMPUTACJA

Badanie przedoperacyjne potwierdziło u Pana/Pani martwicę kończyny dolnej/górnej w obrębie stopy/ręki czy palców i brak możliwości dalszej poprawy ukrwienia. Jedyną szansą na wyleczenie jest zabieg operacyjny polegający na amputacji palca/ów lub części stopy/ręki. Operacja ta wymaga znieczulenia (rodzaj znieczulenia ustalony będzie z anestezjologiem lub chirurgiem) może być znieczulenie ogólne, zewnątrzoponowe (ukłucie w kręgosłup) przewodowe- znieczulenie splotów nerwowych lub miejscowe... Zabieg polega na poprzecznym przecięciu skóry i mięśni oraz kości, ewentualnie podwiązaniu krwawiących naczyń a następnie zeszcyciu 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 itp.

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
- 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)