

Świadoma zgoda na leczenie operacyjne

Imię i nazwisko:

PESEL:

Rozpoznanie:.....

Nazwa operacji: Endoprotezoplastyka stawu

Endoprotezoplastyka stawu to zabieg operacyjny polegający na wymianie naturalnych końców stawowych na sztuczne. Jest to zabieg nieodwracalny. Elementy endoprotezy są najczęściej wykonane z metalu, który u większości ludzi nie wywołuje reakcji uczuleniowej, polietylenu lub silikonu. Decyzję o tym jaka endoproteza zostanie użyta i czy będzie ona bezcementowa, czy osadzana na cemencie podejmuje po analizie badań dodatkowych oraz po naradzie zespół lekarski Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu.

Szanowny pacjencie,

Każdy zabieg chirurgiczny (operacja) może wiązać się z następstwami, które są wynikiem choroby i leczenia i mają prawo wystąpić, oraz z powikłaniami, które choć nie są wynikiem błędu to są zdarzeniami niepożądanymi, niemniej należy się z nimi liczyć.

Po zapoznaniu się z formularzem proszę potwierdzić zgodę na zabieg własnoręcznym, czytelnym podpisem.

Możliwe następstwa lub powikłania:

- krwawienie z wytworzeniem krwiaka,
- obrzęk operowanego stawu,
- infekcja (zakażenie), zarówno tkanek miękkich w okolicy operowanej, jak i kości,
- przetoka,
- zaburzenia czucia,
- niezamierzone uszkodzenia nerwów oraz naczyń krwionośnych operowanej okolicy,
- ból w miejscach dostępu operacyjnego,
- obłuzowanie elementów wprowadzonej endoprotezy zarówno septyczne jak i aseptyczne,
- zwichnięcie endoprotezy,
- uszkodzenie elementów endoprotezy,
- złamania kości okolicy wszczepienia endoprotezy,
- nierówność kończyn,
- możliwość zakrzepicy,

Po każdym zabiegu operacyjnym mogą wystąpić poważne powikłania ogólne jak: zapalenie płuc, zatory i zakrzepy żyłne, udar mózgu, zawał mięśnia sercowego, zakażenie ogólnoustrojowe, niewydolność oddechowa, uogólniona reakcja uczuleniowa 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 zgłaszać się do lekarza prowadzącego.

Alternatywne metody leczenia:

- leczenie nieoperacyjne polegające na fizykoterapii, kinesiotapingu, podawaniu niesteroidowych leków przeciwzapalnych, suplementacji diety w preparaty chondroityny, glukozaminy i kolagenu, leczeniu przeciwbólowym, a także rehabilitacji ruchowej nakierowanej na ćwiczenia poprawiające ruchomość i uniemożliwiające powstawanie przykurczów stawu objętego procesem chorobowym,
- dostawowe podawanie leków (w tym wiskosuplementacja),
- dostawowe podawanie komórek macierzystych,
- leczenie operacyjne polegające na artroskopowej próbie naprawy uszkodzonej chrząstki stawowej, artroskopowym usunięciu uszkodzonych przez proces chorobowy struktur oraz artroskopowym usunięciu powstających wyrostki kostnych,
- leczeniu operacyjnym polegającym na usztywnieniu zajętego przez proces chorobowy stawu,
- leczeniu operacyjnym polegającym na częściowym lub całkowitym wycięciu stawu, który objęty jest procesem chorobowym.

Imię i nazwisko:

PESEL:

Rokowania:

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani/Pana przypadku: duże lub średnie lub ograniczone.

duże

średnie

ograniczone

Oświadczenia:

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób.

W pełni zrozumiałem/łam* informacje zwarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań, na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam* poinformowany/na* o:

- rozpoznaniu,
- proponowanych oraz alternatywnych metodach diagnostycznych i leczniczych,
- dających się przewidzieć następstwach zastosowania tych metod lub ich zaniechania,
- wynikach leczenia operacyjnego,
- rokowaniu,
- leczeniu pooperacyjnym.

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie opisanej procedury medycznej. Wyrażam także zgodę na zmianę/rozszerzenie zabiegu operacyjnego w razie wystąpienia takowej konieczności.

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Data i podpis lekarza.....

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej. Zostałem/am* poinformowany/a* o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej /zabiegu.)