

Imię i nazwisko:

PESEL: nr ks. gł.

Rozpoznanie:

Nazwa operacji: **przecięcie pochewki ścięgna**

Po przygotowaniu pola operacyjnego, zostanie nacięta skóra, tkanka podskórna w okolicy zmienionej zapalnie pochewki ścięgna/ścięgien. Omijając ważne struktury naczyniowe i nerwowe, chirurg przetnie zapalnie zmienioną pochewkę ścięgna/ścięgien, zgodnie z przyjętą techniką operacyjną. Następnie przy pomocy szwów chirurg zszyje wcześniej przecięte struktury, tkankę podskórna i skórę. Zostanie założony opatrunek jałowy. Zabieg będzie przeprowadzony zgodnie z przyjętymi w szpitalu procedurami profilaktyki zakażeń. Po zabiegu będzie Pani/Pan odczuwać ból w okolicy rany i miejsca operowanego. Konieczna będzie pooperacyjna rehabilitacja i usprawnianie, w dużej mierze zależna od Pani/Pana motywacji i zaangażowania, która będzie miała istotny wpływ na wynik całego procesu leczniczego oraz ostateczny powrót do zdrowia.

Szanowny pacjencie,

Każdy zabieg chirurgiczny (operacja) może wiązać się z następstwami, które są wynikiem choroby, leczenia i mają prawo wystąpić, oraz z powikłaniami, które choć nie są wynikiem błędu, to są zdarzeniami niepożądanymi i należy się z nimi liczyć. Na stopień ryzyka wystąpienia powikłań składa się wiele czynników, między innymi: zaawansowanie choroby, stan zdrowia chorego, nikotyzm itp., dlatego też niektórych z nich nie można przewidzieć. Operator oraz cały zespół dochowa wszelkiej staranności w celu bezpiecznego przeprowadzenia planowanego zabiegu

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

Możliwe następstwa lub powikłania:

- krwawienie z wytworzeniem krwiaka,
- obrzęk operowanej okolicy,
- infekcja (zakażenie) zarówno tkanek miękkich w okolicy operowanej, jak i kości,
- przetoka,
- zaburzenia czucia,
- niezamierzone uszkodzenia mięśni, ścięgien, nerwów oraz naczyń krwionośnych operowanej okolicy,
- zerwanie ścięgna/ścięgien,
- zrosty w obrębie operowanego ścięgna/ścięgien,
- miejscowe reakcje alergiczne,
- brak poprawy po zabiegu,
- usztywnienie i ograniczenie ruchomości stawów w pobliżu operowanej okolicy – artrofibroza,
- możliwość zakrzepicy.

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

Imię i nazwisko:

PESEL:

Alternatywne metody leczenia:

- leczenie nieoperacyjne polegające na fizykoterapii, podawaniu niesteroidowych leków przeciwzapalnych, suplementacji diety, leczeniu przeciwbólowym, a także rehabilitacji ruchowej,
- miejscowe podawanie leków,
- miejscowe podawanie komórek macierzystych lub osocza bogatopłytkowego.

Rokowania:

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani/Pana przypadku:

- ☐ duże ☐ średnie ☐ ograniczone

Oświadczenia:

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

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

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałam/łem* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałam/łem* poinformowana/ny* 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 (godzinowa) i podpis pacjenta:

Data (godzinowa) i podpis przedstawiciela ustawowego:

Data (godzinowa) i podpis lekarza:

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej. Zostałam/łem* poinformowana/y* o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Data (godzinowa) i podpis pacjenta:

Data (godzinowa) i podpis przedstawiciela ustawowego:

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