

Imię i nazwisko: .....

PESEL: ..... nr ks. gł. ....

Rozpoznanie: .....

Nazwa operacji: .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....**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, nikotynizm 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 operowanego stawu,
- infekcja (zakażenie) zarówno tkanek miękkich w okolicy operowanej, jak i kości,
- przetoka,
- zaburzenia czucia,
- niezamierzone uszkodzenia mięśni, ścięgien, nerwów oraz naczyń krwionośnych operowanej okolicy,
- niezamierzone złamanie kości w okolicy operowanej,
- miejscowe reakcje alergiczne,
- metaloza,
- 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, kinesiotapingu, podawaniu niesteroidowych leków przeciwzapalnych, suplementacji diety, leczeniu przeciwbólowym, a także rehabilitacji ruchowej nakierowanej na ćwiczenia poprawiające ruchomość i uniemożliwiające powstawanie przykurczów stawu objętego procesem chorobowym,
- miejscowe podawanie leków,
- miejscowe podawanie komórek macierzystych lub osocza bogatopłytkowego,
- leczenie operacyjne polegające na usztywnieniu zajętego przez proces chorobowy stawu,
- leczenie operacyjne polegające na częściowym lub całkowitym wycięciu stawu, który objęty jest procesem chorobowym.

### **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)