Wojewódzki Szpital Zespolony im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie
Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu

Świadoma zgoda pacjenta na leczenie operacyjne

Imię i nazwisko pacjenta: .....
PESEL / Data urodzenia: .....

Zabieg: **Szycie/plastyka zerwanego ścięgna Achillesa prawego/lewego.**

Po wyczerpującej rozmowie na temat rodzaju mojej choroby i konsekwencjach zaniechania leczenia **oświadczam,** że zostałem poinformowany o sposobach leczenia i możliwych metodach diagnostycznych. Udzielono mi pełnej informacji o zakresie, celu, przebiegu oraz przewidywanych skutkach proponowanego zabiegu operacyjnego.

Zostałem/ -am również poinformowany/-a, że z uwagi na specyfikę wykonywanego zabiegu, w jego trakcie niezbędnym może okazać się rozszerzenie jego zakresu lub zmiana rodzaju zabiegu, w mianowicie:

-zespolenie uszkodzonych naczyń, nerwów

Przedstawiono mi zarówno pozytywne jak i przewidywalne negatywne skutki proponowanego zabiegu/ ów, także w porównaniu do innych metod. Następnie zostałem/-łam poinformowany/-a o nieuniknionych następstwach oraz typowych zagrożeniach związanych z planowanym zabiegiem/ ami, takimi jak:

- ograniczenie ruchomości stopy,
- przykurcz mięśniowy,
-uszkodzenie nerwów
-uszkodzenie naczyń krwionośnych
- infekcja
- zaburzenia gojenia się rany pooperacyjnej
- zakażenie wirusem zapalenia wątroby (tzw. żółtaczki zakaźnej) lub inne;
- niekiedy mogą wystąpić uszkodzenia skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny.

- tworzenie się zakrzepów i zamknięcie naczynia krwionośnego przez wędrujący zakrzep (może to objawiać się np. zatorem tętnicy płucnej);

- przerwanie szwów i rozejście się rany na skutek powikłań gojenia się, zaburzeń ukrwienia lub obciążeń mechanicznych;

- zaburzenie ukrwienia na skutek zamknięcia lub uszkodzenia naczynia krwionośnego, które może wywołać martwicę tkanek (np: odleżyny)

- uszkodzenie mięśni

- powikłania neurologiczne, kardiologiczne, naczyniowe (powikłania zakrzepowo-zatorowe)
- amputacja operowanej kończyny

Świadoma zgoda pacjenta na leczenie operacyjne

- zgon pacjenta w przebiegu możliwych powikłań związanych z zabiegiem operacyjnym (neurologicznych, kardiologicznych, internistycznych, chirurgicznych, zakrzepowo-zatorowych)

- powstaniem dużych, szpecących i przeszkadzających blizn, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub powikłań w procesie gojenia;

Ich specyfika została mi szeroko objaśniona.

Jest to większość następstw i powikłań, które mogą wystąpić ale może dojść do sytuacji jeszcze nieopisywanych w literaturze fachowej, związanych z nietypową anatomią lub nietypową reakcją organizmu pacjenta. Ze wszystkimi pytaniami i wątpliwościami należy się zgłaszać do lekarza prowadzącego.

Oświadczenie pacjenta

1. Oświadczam, iż zapoznałem/łam* się z treścią niniejszego formularza i w pełni zrozumiałem/łam* informacje w nim zawarte oraz zostałem/łam* poinformowany/na* przez lekarza o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, możliwościach i proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych, oraz o opisanym powyżej zabiegu operacyjnym, o dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, o przeciwskazaniach do wykonania zabiegu, spodziewanym wyniku leczenia, rokowaniu oraz możliwych powikłaniach, prawdopodobieństwie ich wystąpienia oraz konsekwencjach jakie mogą się z nimi wiązać.

.....
Podpis i pieczęć lekarza informującego

2. Oświadczam, iż miałem/łam* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanej diagnostyki i leczenia, w tym opisanego powyżej zabiegu operacyjnego oraz otrzymałem/łam* na nie wyczerpujące i w pełni dla mnie zrozumiałe odpowiedzi. Wyjaśnienia lekarza zrozumiałem/łam* i nie mam więcej pytań.

3. Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam* istotnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, badań, przebytych chorób a także przyjmowanych leków oraz nadwrażliwości na substancje wchodzące w skład leków jakie mogą zostać mi podane w związku z proponowaną diagnostyką i leczeniem, w tym opisanym powyżej zabiegiem operacyjnym.

4. **Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie u mnie / osoby pozostającej pod moją opieką* opisanego powyżej zabiegu operacyjnego oraz ewentualne zmiany lub rozszerzenia jego zakresu, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzenia opisanego powyżej zabiegu operacyjnego w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężki rozstrój zdrowia.**

....

Data, godzina i podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego* Data, podpis i pieczątka lekarza

Wojewódzki Szpital Zespolony im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie
Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu

Świadoma zgoda pacjenta na leczenie operacyjne

W przypadku braku zgody na przeprowadzenie u mnie / osoby pozostającej pod moją opieką* proponowanego zabiegu operacyjnego proszę napisać „Nie wyrażam zgody na zabieg. Oświadczam, że zostałem poinformowany/na* o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia”, wraz z podpisem oraz datą.

* - niepotrzebne skreślić