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: **Endoprotezoplastyka całkowita stawu kolanowego PRAWEGO / LEWEGO***

Informacja o zabiegu

- Staw kolanowy składa się z części udowej i piszczelowej
- Endoproteza stawu kolanowego zastępuje zniszczone naturalne powierzchnie stawowe, pozwalając tym samym na bezbolesny ruch, jednakże nie w pełnym zakresie jak w przypadku zdrowego stawu
- Endoproteza zbudowana jest z elementów metalowych oraz polietylenowych, które umożliwiają wzajemny ruch
- Części metalowe są wszczepiane w kość udową oraz piszczelową
- Kości przygotowuje się wcześniej przy pomocy właściwego instrumentarium chirurgicznego
- Elementy mocuje się bez cementu kostnego lub z jego użyciem w zależności od wielu czynników (wiek pacjenta, ogólny stan zdrowia, osteoporoza widoczna w ocenie radiologicznej)
- Mocowanie bezcementowe wymaga osteointegracji, czyli „zrostu" z kością mikroporowatej powierzchni implantu pokrytej hydroksyapatytem
- W elementach metalowych umieszczane są komponenty umożliwiające ruch stawu –wykonana z bardzo wytrzymałego polietylenu (PE) wkładka
- Po zabiegu chory porusza się o kulach lub balkoniku.

Opis powikłań związanych z proponowaną procedurą medyczną

Podczas i na skutek zabiegu chirurgicznego (operacji) mogą wystąpić następstwa będące wynikiem choroby, jej leczenia jak i zdarzenia niepożądane, które nie są wynikiem błędu.
Endoprotezoplastyka stawu kolanowego powoduje ryzyko wystąpienia następstw lub powikłań:

- silny ból pooperacyjny
- krwawienie lub krwotok pooperacyjny lub śródoperacyjny – może się okazać konieczne przetoczenie krwi własnej lub obcej oraz podanie preparatów żelaza
- przykurcz stawu kolanowego, zwichnięcie stawu, wczesna lub późna możliwość obluzowania się implantów, złamania okołoprotezowe,
- uszkodzenie nerwów - uszkodzenie niektórych gałązek nerwów jest nieuniknione powoduje - czasowe lub trwałe problemy z czuciem skórnym w okolicy kolana, uszkodzenie nerwu strzałkowego jest częste w znacznych deformacjach koślawych kolan i może nie być związane z elementami zabiegu, ale z normalną korekcją osi kończyny
- infekcja, zaburzenia gojenia się rany pooperacyjnej,
- niekiedy mogą wystąpić uszkodzenia skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny, mogą powstać powstaniem dużych, szpecących i przeszkadzających blizn, (skłonność osobnicza lub powikłań w procesie gojenia)
- 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
- tworzenie się zakrzepów i zamknięcie naczynia krwionośnego przez wędrujący zakrzep (np. zator),
- różnica długości operowanej kończyny
- uszkodzenie mięśni
- wystąpienia reakcji alergicznych na ciało obce
- 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, zakrzepowo-zatorowych),

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

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.

Świadoma zgoda pacjenta na leczenie operacyjne

* - niepotrzebne skreślić