

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA na zabieg wszczepienia protezy jądra

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko:

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zabieg został zaplanowany na dzień:

Przebieg zabiegu wszczepienia protezy jądra

- Protezę jądra wszczepia się w warunkach sali zabiegowej lub operacyjnej . Zabieg wykonuje się w znieczuleniu miejscowym, to znaczy że okolicę skóry moszny po stronie wszczepiania protezy znieczula się nasiętkowo środkiem znieczulającym. Efekt przeciwbólowy utrzymuje się około dwóch godzin. W trakcie zabiegu chory jest przytomny i może odczuwać dotyk związany z przeprowadzanym zabiegiem. Rozmiar protezy dopiera się indywidualnie, dobierając rozmiar jak najbardziej zbliżony do rozmiaru własnego jądra, tym niemniej ostatecznie w dotyku proteza jądra może nieznacznie różnić się od własnego jądra, przede wszystkim w zakresie wielkości i konsystencji.

Zabieg taki może się odbyć jedynie za pełną wiedzą i świadomą zgodą pacjenta, po zapoznaniu go z konsekwencjami i powikłaniami zabiegu,.

Przebieg pooperacyjny:

Po zabiegu zaleca się codzienną zmianę opatrunku, na świeży i jałowy. W trakcie zmiany opatrunku ranę należy przemyć preparatem odkażającym /najlepiej preparatem oktaniseptu/, szwy skórne należy zdjąć po 9-10 dniach do zabiegu. Do czasu zdjęcia szwów skórnych rany nie wolno moczyć.

Po zabiegu lekarz wyznaczy termin kontroli, aby ocenić prawidłowość gojenia się rany.

Możliwe powikłanie w okresie pozabiegowym:

- krwawienie z rany
- krwiak
- tak zwane złe wgajanie protezy związane między innymi z infekcjami miejscowymi rany lub reakcją alergiczną /miejscową lub ogólną/, niekiedy wymagające usunięcia protezy.
- infekcje miejscowe lub ogólne /przebiegające z gorączką, zaczerwienieniem i obrzękiem rany do stanu septycznego czyli uogólnionej infekcji włącznie.

Powyższe powikłania dotyczą około 10-15% chorych.

Przeciwwskazania do zabiegu:

- ciężkie reakcje uczuleniowe, w trakcie wcześniejszych zabiegów
- wiadome choremu schorzenia hematologiczne związane z zaburzeniami krzepnięcia krwi / z wyjątkiem chorych z dopuszczeniem do zabiegu przez lekarza hematologa
- ciężkie niestabilne choroby układu krążenia - zawał serca, niewydolność serca, niewydolność obwodowa krążenia, choroba niedokrwienna serca, zapalenie zarostowe tętnic, nadciśnienie tętnicze, zapalenie wielonerwowe; zapalenie nerwu wzrokowego;

Pytania do rozmowy wyjaśniającej:

Proszę wpisać wszystkie dodatkowe pytania, w przypadku braku pytań wpisujemy „brak pytań”:

.....
.....
.....

O czym powinien wiedzieć lekarz:

Na ryzyko zabiegu mają wpływ: stan ogólny chorego oraz choroby współistniejące i przebyte. Aby w porę można było rozpoznać zagrożenia, prosimy odpowiedzieć na następujące pytania:

- Czy wiadomo, że istnieją u Pana zaburzenia przemiany materii (np. cukrzyca) lub inne choroby (np. choroby serca, naczyń, wątroby, tarczycy, układu nerwowego)?
TAK/NIE
- Czy istnieje u Pana choroba zakaźna (np. zapalenie wątroby, AIDS)?
TAK/NIE
- Czy stwierdzono u Pana uczulenie lub nadwrażliwość na leki, plastry, lateks, rośliny, środki spożywcze, zwierzęta?
TAK/NIE
- Czy występowały kiedykolwiek napady drgawek?
TAK/NIE
- Czy przy wcześniejszych operacjach lub skaleczeniach (np. leczenie zęba) doszło u Pana do wzmożonego krwawienia?
TAK/NIE
- Czy wcześniej, w przypadku powstawania ran, dochodziło do ropienia, opóźnionego gojenia, ropni, przetok, zgrubienia blizny po zagojeniu?
TAK/NIE
- Czy obserwowano Pana zakrzepy żyłne lub zatorowość płucną?
TAK/NIE

- Czy przyjmuje Pan regularnie leki (np. środki nasercowe, przeciwbólowe, hormony, hamujące krzepnięcie krwi, tj. Sintrom, Syncumar, Aspiryna, Acard, Plavix itp.) ?

TAK/NIE

Uwagi lekarskie do rozmowy wyjaśniającej

(np. inne przyczyny ryzyka niż wymienione poprzednio, możliwość powikłań, sposoby zapobiegania, możliwe negatywne skutki w przypadku odmowy/przesunięcia terminu operacji, podstawa do odmowy).

.....
.....
.....

Formularz zgody pacjenta na zabieg operacyjny:

Dr przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniającą o proponowanej operacji(rodzaj operacji).

Zostałem poinformowany o idei zabiegu, o postępowaniu przed- i pooperacyjnym oraz o typowych powikłaniach związanych z proponowaną operacją i zabiegami towarzyszącymi. Przedstawiono mi również możliwość zastosowania innego postępowania medycznego.

Zrozumiałam /em/ wyjaśnienia lekarza, czuję się wystarczająco poinformowany, nie mam pytań i po wystarczającym czasie do namysłu **wyrażam zgodę na planowany zabieg.**

Jednocześnie zgadzam się na zmianę lub poszerzenie postępowania chirurgicznego oraz czynności konieczne dla ratowania mojego zdrowia i życia w przypadku wystąpienia nieprzewidywanych przed operacją okoliczności. Moja zgoda dotyczy także ewentualnego koniecznego przetoczenia krwi.

.....
data, godzina, czytelny podpis pacjenta

.....
data, godzina, podpis i pieczętka lekarza odbierającego formularz zgody od pacjenta

Tylko w przypadku odmowy zabiegu:

Po wyczerpującym poinformowaniu mnie nie wyrażam zgody na proponowany zabieg

.....
(rodzaj zabiegu)

Zostałem poinformowany o możliwych ujemnych skutkach wynikających z odmowy wykonania proponowanego zabiegu.

.....
data, godzina, czytelny podpis pacjenta

.....
data, godzina, podpis i pieczętka lekarza odbierającego formularz zgody od pacjenta