



**SZPITAL KLINICZNY IM. DR. EMILA WARMIŃSKIEGO POLITECHNIKI BYDGOSKIEJ
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BYDGOSZCZY**

Nr ks. rej.: 000000002247 REGON: 092354746-00027 NIP: 9532293970
ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz
Tel. 52 370 91 02

szpital.pbs.edu.pl, e-mail: sekretariat@szpital.pbs.edu.pl
Oddział Kliniczny Noworodków i Intensywnej Terapii

Bydgoszcz, dnia

PR5_PJ16_F51

ZGODA NA ZABIEG SKRÓCENIA WĘDZIDEŁKA JĘZYKA

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

PESEL Mamy:

Zostałam wyczerpująco poinformowany (a) o:

1. Ogólnym stanie zdrowia, rozpoznaniu.

Skrócone wędzidełko języka

2. Rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu.

Procedura podcięcia skróconego wędzidełka podjęzykowego

Procedura polega na poziomym przecięciu skróconego wędzidełka języka za pomocą jałowego dedykowanego sprzętu.

3. Celu i oczekiwanych korzyściach przeprowadzenia zabiegu, rokowaniach.

Poprawa toru ruchomości języka, poprawa funkcji ssania (ustąpienie zaburzeń odżywiania), zmniejszenie dolegliwości bólowych u matki w trakcie karmienia piersią.

4. Sposobie postępowania przed i po wykonaniu zabiegu

Zabieg przeprowadza się w jałowych warunkach, nacina się jałowymi nożyczkami dedykowanymi do tego zabiegu.

5. Możliwych, najprawdopodobniejszych następstwach, zagrożeniach i powikłaniach związanych z zabiegiem

Możliwe powikłania to :

- nadmierne krwawienie,
- jatrogenne nasilenie skrócenia wędzidełka,

Zgoda na zabieg skrócenia wędzidełka języka

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

- zakażenie miejsca podcięcia,
- opadanie języka.

6. Konsekwencjach zaniechania leczenia, do których zaliczamy:

- nieprawidłowy wzorzec ssania i połykania (utrzymywanie się trudności w karmieniu dziecka),
- nieprawidłowy ruch żuchwy, wynikający ze zmniejszonej nieruchomości języka,
- powstawanie wad zgryzu,
- nieprawidłowy wzorzec żucia,
- powstawanie wad wymowy,
- nieprawidłowa praca krtani i więzadeł głosowych

7. Alternatywnych metodach leczenia

Długotrwała terapia logopedyczna → często nie przynosi oczekiwanych efektów

8. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu

Brak przeciwwskazań.

9. Uwagi:

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłem/am pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłem/łam istotnych informacji odnośnie:

mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, istnienia/braku ciąży, występowaniu/braku alergii, przebytych chorób.

Informacja przekazana mi przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna oraz zrozumiała:

w trakcie rozmowy z lekarzem miałem/am nieograniczoną możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu i uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi,

jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualne zmiany lub rozszerzenia zabiegu, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania w/w zabiegu i upoważniam lekarzy do wykonywania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających,

zdaję sobie sprawę z tego, że mogą wystąpić inne, niespodziewane zagrożenia lub powikłania wynikające z indywidualnych cech ludzkiego organizmu, rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia/ zabiegu,

ponadto oświadczam, iż przyjąłem/am do wiadomości wszelkie zalecenia dotyczące postępowania przed i po wykonaniu zabiegu/operacji, rozumiem że ich nieprzestrzeganie może w istotny sposób wpłynąć na ostateczny efekt zabiegu/operacji, a o wszystkich powikłaniach powinienem poinformować lekarza,

oświadczam, że zostałam poinformowany/a o możliwości cofnięcia zgody.

Imię i nazwisko: PESEL: Nr ks. gt.:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia WYRAŻAM DOBROWOLNIE ŚWIADOMĄ ZGODĘ na badania/zabieg*

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia NIE WYRAŻAM ZGODY / COFAM UPRZEDNIO WYRAŻONĄ ZGODĘ* na badania/zabieg

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

* zaznacz właściwe

** pacjent po ukończeniu 16 r.ż. – zgoda podwójna (pacjenta i przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego)

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

<input type="text"/>

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Data</i>	<i>Podpis lekarza</i>	<i>Podpis świadka</i>