



**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

Bydgoszcz, dnia

PR5_PJ16_F120

**ZGODA NA REKONSTRUKCJĘ APARATU WYPROSTNEGO PALCA STOPY I/LUB
STABILIZACJĘ CZASOWĄ DRUTEM K I/LUB ARTRODEZĄ STAWU MIĘDZYPALICZKOWEGO
BLIŻSZEGO**

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Zostałem(am) wyczerpująco poinformowana (y) o:

1. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta.

Rekonstrukcja aparatu wyprostnego palca stopy.

2. Rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu / badania.

Rekonstrukcja aparatu wyprostnego palca stopy i/lub stabilizacja czasowa drutem K i/lub artrodezą stawu międzypaliczkowego bliższego.

3. Celu, oczekiwanych korzyściach i rokowaniach przeprowadzenia zabiegu / badania.

Odtworzenie aparatu wyprostnego palca celem odzyskania jego funkcji i/lub zmniejszenie dolegliwości bólowych i/lub uczucia dyskomfortu i innych objawów.

4. Sposobie postępowania przed i po wykonaniu zabiegu / badania.

Po operacji:

- Odciążenie kończyny – chodzenie przy pomocy 2 kul tokciowych lub stosowanie temblaku
- Przez kilka dni może czuć ból okolicy operowanej. Należy wziąć wtedy leki przeciwbólowe zgodnie z posiadaną informacją o dawce leku i sposobie jego przyjmowania. Po operacji powinien ustąpić ból nocny.
- W pierwszej dobie po operacji opatrunek może być trochę przekrwiony.
- Zmiana opatrunku nastąpi w pierwszej lub drugiej dobie po operacji - czas i miejsce ustali lekarz operujący.
- Następnego dnia po zabiegu lub w dniu operacji pacjent wstaje z łóżka, porusza się samodzielnie i może być wypisany do domu.
- Szwy zdejmowane są po 10-14 dniach od zabiegu.
- Przed operacją pacjent powinien zapewnić sobie transport do domu – nie powinien prowadzić samochodu ani jechać środkami transportu publicznego.
- Należy zrealizować przepisane recepty i przyjmować leki zgodnie z zaleceniem lekarza.
- Opatrunki należy zmieniać zgodnie z zaleceniem lekarza.
- W okresie pooperacyjnym występuje obrzęk i ból w miejscu operowanym. W celu zmniejszenia obrzęku należy ograniczyć chodzenie oraz utrzymywać nogę uniesioną. Ból zwykle daje się opanować przepisanyimi lekami.

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

- Wizyta kontrolna odbywa się w wyznaczonym terminie, jednak w przypadku pojawienia się zaczerwienienia, wycieku z rany, gorączki, nasilenia bólu i obrzęku należy skontaktować się z lekarzem.
- Okres oszczędzania operowanej kończyny wynosi zwykle około 4 tygodni.

5. Możliwych, najbardziej prawdopodobnych następstwach, zagrożeniach i powikłaniach związanych z zabiegiem / badaniem

Mogą to być:

Zakażenie wirusowym zapaleniem wątroby typu B i C. Zakażenie wirusem HIV.

Krwawienie z rany operacyjnej wymagające wzmożonej pielęgnacji rany, częstych zmian opatrunków, do konieczności przeprowadzenia procedur chirurgicznych polegających na wykonaniu rewizji rany.

Krwiak rany pooperacyjnej, krwiak w tkankach okołostawowych, krwiak stawu operowanego wymagające leczenia miejscowego i/lub leczenia chirurgicznego polegającego na wykonaniu rewizji rany i/lub zastosowania drenażu rany.

Uszkodzenie naczyń tętnicznych i/lub żylnych prowadzące do krwawienia śródoperacyjnego lub w okresie pooperacyjnym. Uszkodzenie naczyń śródoperacyjne może wymagać poszerzenia zabiegu operacyjnego, zmiany i/lub zastosowania innego dostępu operacyjnego, wykonania procedur naczyniowych polegających na odtworzeniu ciągłości uszkodzonego naczynia poprzez jego naprawę lub rekonstrukcję z użyciem naczyń żylnych i/lub tętnicznych pobranych z innej okolicy ciała. Uszkodzenie naczynia rozpoznane w okresie pooperacyjnym może wymagać dodatkowych zabiegów operacyjnych z zakresu chirurgii naczyniowej i radiologii interwencyjnej.

Opóźnione lub w jakikolwiek inny sposób nieprawidłowe gojenie się rany pooperacyjnej. Obrzęk rany pooperacyjnej. Martwica tkanek wokół rany pooperacyjnej wymagająca leczenia miejscowego i chirurgicznego do konieczności wykonania procedur zabiegowych z zakresu chirurgii plastycznej, takich jak np. operacja przeszczepienia skóry, pokrycie płatem przesuniętym lub uszypułowanym.

Odczyny uczuleniowe na wszczepiony materiał obcy w tym szwy chirurgiczne lub inne wszczepione materiały obce. Odczyny uczuleniowe mogą mieć różne mechanizmy występowania, mogą występować jako odczyny wczesne i późne, mieć charakter miejscowy (świąd, zaczerwienienie, obrzęk) lub uogólniony, do wstrząsu anafilaktycznego i zgonu włącznie. Odczyny uczuleniowe mogą wymagać długotrwałego leczenia miejscowego i ogólnego, leczenia farmakologicznego, a także chirurgicznego do usunięcia wszczepionych implantów włącznie.

Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa. Zatorowość płucna. Zakrzepica żylna układu powierzchownego i/lub głębokiego kończyny operowanej i/lub kończyny przeciwstronnej. Zatorowość płucna może wymagać długotrwałego leczenia farmakologicznego i stanowi ryzyko zgonu. Zakrzepica żylna kończyn(y) może wiązać się z utrzymującym się, przewlekłym obrzękiem kończyny, obecnością zmian skórnych o charakterze trudno gojących się owrzodzeń i przebarwień. Zakrzepica żylna kończyn(y) może wymagać długotrwałego leczenia farmakologicznego i może wiązać się z koniecznością odjęcia (amputacji) kończyny.

Ostre i nagłe stany kliniczne związane z przeprowadzoną rozległą procedurą zabiegową, tj. niewydolność krążeniowo-oddechowa o różnej przyczynie, zawał serca, zaburzenia rytmu serca, wstrząs kardiogeny lub krwotoczny i inne niewymienione. Stany te mogą wymagać długotrwałego leczenia, hospitalizacji w oddziale Intensywnej Terapii, stosowania procedur inwazyjnych i podtrzymujących życie a także stanowią ryzyko zgonu w czasie zabiegu operacyjnego i w okresie pooperacyjnym.

Powikłania neurologiczne o charakterze uszkodzenia nerwów obwodowych odpowiadających za funkcję czuciową i ruchową w części lub w całej kończynie operowanej. Uszkodzenie nerwu obwodowego może wymagać długotrwałego leczenia neurologicznego, neurochirurgicznego i/lub usprawniającego. Uszkodzenie nerwu obwodowego może mieć charakter nieodwracalny i wiązać się ze znaczną dysfunkcją kończyny. Uszkodzenie nerwu obwodowego może wymagać stosowania różnych form zaopatrzenia ortopedycznego nawet do końca życia.

Zakażenie rany pooperacyjnej, zakażenie miejsca operowanego lub inne formy zakażenia wymagające długotrwałego leczenia farmakologicznego i/lub chirurgicznego. Leczenie farmakologiczne może mieć charakter długotrwałej kilkutygodniowej antybiotykoterapii i wiązać się z przedłużoną hospitalizacją. Leczenie chirurgiczne może wiązać się z koniecznością przeprowadzenia ponownych, nawet wielu, zabiegów operacyjnych z usunięciem implantów. Zakażenie miejsca operowanego może wiązać się z koniecznością odjęcia (amputacji) kończyny.

Złamanie kości w czasie zabiegu operacyjnego, np. powstałe przy wprowadzaniu, usuwaniu implantu lub resekcji osteofitu rozpoznane śródoperacyjnie lub w okresie pooperacyjnym. Złamanie kości może wiązać się z koniecznością nawet znacznego poszerzenia rozległości zabiegu z koniecznością zastosowania dodatkowych implantów, tj. płyt,

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

śrub, kabli oraz innych dodatkowych elementów wypełniających i stabilizujących. Złamanie kości może wiązać się z długotrwałym leczeniem zachowawczym i z koniecznością prowadzenia długotrwałego leczenia usprawniającego.

Skostnienia okołostawowe wymagające leczenia farmakologicznego, usprawniającego a nawet leczenia chirurgicznego.

Obrzęk miejscowy i dotyczący całej kończyny operowanej. Obrzęk może utrzymywać się przewlekłe, przez okres nawet do kilku miesięcy po zabiegu operacyjnym.

Utrzymywanie się dolegliwości bólowych w stawie operowanym.

Konieczność prowadzenia długotrwałego leczenia usprawniającego w okresie pooperacyjnym, stosowania zaopatrzenia ortopedycznego (chodzik, balkonik, kule łokciowe), zmniejszania przykurczów w stawach, poprawą funkcji układu mięśniowego kończyny.

Powikłania dotyczące znieczulenia ujęte w zgodzie na znieczulenie.

Inne trudne do określenia powikłania mogące prowadzić do znacznego pogorszenia stanu ogólnego zdrowia i zgonu włącznie.

6. Alternatywnych metodach leczenia / diagnostyki.

Kontynuacja leczenia zachowawczego, może jednak powodować nasilenie dolegliwości bólowych i uczucie dyskomfortu.

7. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu / badania.

Przeciwwskazaniem do zabiegu jest infekcja miejscowa lub uogólniona, ciąża, stan zapalny skóry i innych tkanek ręki lub stopy oraz choroby ogólnoustrojowe. W tym wypadku należy skonsultować planowaną operację z lekarzem prowadzącym.

8. Uwagi dotyczące leczonego pacjenta / planowane odstępstwa:

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam(em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłam 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 miałam(em) 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,

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

- 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/łam 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,
- wyrażam zgodę na filmowanie, fotografowanie i nagrywanie zabiegu z widocznymi elementami mojego ciała oraz ewentualne wykorzystanie dla celów naukowych / dydaktycznych (bez ujawniania moich danych)
- oświadczam, że zostałem/em poinformowany/a o możliwości cofnięcia zgody.

<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 badanie diagnostyczne /leczenie operacyjne /postępowanie terapeutyczne

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<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 badanie diagnostyczne /leczenie operacyjne /postępowanie terapeutyczne

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<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)

Imię i nazwisko: PESEL: Nr ks. gt.:

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

<i>Data</i>	<i>Podpis lekarza</i>	<i>Podpis świadka</i>