



## ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA ZABIEG: ALLOPLASTYKA CAŁKOWITA STAWU KOLANOWEGO

CENTRUM MEDYCZNE

Centrum Medyczne ENEL-MED S.A.

**ORTOPEDIA**

Specjalizacja

Imię i nazwisko pacjenta	PESEL*	Data urodzenia
Adres zamieszkania**		<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M Płeć
Rozpoznanie	Planowany termin zabiegu	
Lekarz kierujący na zabieg		

Szanowny Panie, Szanowna Pani,  
Został(a) Pan(i) zakwalifikowany(a) do zabiegu

**ALLOPLASTYKA CAŁKOWITA STAWU KOLANOWEGO**

W Centrum Medycznym ENEL-MED dbamy nie tylko o zapewnienie najwyższych standardów medycznych, ale i o poczucie bezpieczeństwa naszych pacjentów. Zależy nam na tym, żeby pacjenci podejmowali decyzje dotyczące swojego zdrowia świadomie, dlatego staramy się zapewnić dostęp do zrozumiałych i rzetelnych informacji na temat całego procesu leczenia. W tym celu przygotowaliśmy zestaw najważniejszych informacji dotyczących planowanego zabiegu oraz ryzyka, z którymi ten zabieg może się wiązać. Prosimy o uważne zapoznanie się z poniższymi informacjami.

Przypominamy, że ma Pan(i) możliwość skonsultowania ewentualnych wątpliwości z lekarzem kierującym Pana(ią) na zabieg. W trakcie rozmowy z lekarzem ma Pan(i) nieograniczone prawo do zadawania pytań dotyczących zabiegu, a także do uzyskania wyczerpujących oraz zrozumiałych dla Pana(i) odpowiedzi. W przypadku, gdy umówienie dodatkowej konsultacji mogłoby się wiązać z przełożeniem terminu zabiegu, proponujemy Panu(i) nowy, najwcześniejszy możliwy termin przeprowadzenia zabiegu.

Na końcu tego formularza znajdują się oświadczenia obejmujące m.in. Pana(i) zgodę na przeprowadzenie planowanego zabiegu. Prosimy o ich podpisanie po zapoznaniu się z poniższymi informacjami i wyjaśnieniu ewentualnych wątpliwości z lekarzem.

Z poważaniem  
Zespół Centrum Medycznego ENEL-MED S.A.

**Uwaga! Jeśli Pacjentka jest w ciąży lub podejrzewa, że może być w ciąży, powinna o tym bezwzględnie poinformować lekarza kierującego na zabieg.**

\* numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

\*\* w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania

Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

## ROZPOZNANIE I WSKAZANIA DO ZABIEGU

Zmiany zwyrodnieniowe stawu kolanowego są procesem powolnego niszczenia chrząstki stawowej. W konsekwencji tego procesu dochodzi do deformacji powierzchni stawowej. W wyniku zaawansowanych zmian może dochodzić do deformacji kostnych powodujących, zmianę osi kończyny i w konsekwencji jej skrócenie. Wynikiem tego procesu jest ograniczenie ruchomości i dolegliwości bólowe ze strony kolana . Zmiany u Pana/Pani występujące są na tyle zaawansowane, że leczenia zachowawcze stanowiące alternatywę do leczenia operacyjnego pod postacią :

- farmakoterapia pod postacią leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych
- stałe używanie odciążenia pod postacią jednej lub dwóch kul
- okresowa rehabilitacja
- iniekcje dostawowe

Jest nieskuteczne . W związku z powyższym zaproponowano Pani/Panu całkowitą wymianę stawu kolanowego

## PRZYGOTOWANIE DO ZABIEGU

Zalecenia dotyczące przygotowania się do zabiegu są zawarte w przekazanej Panu(i) **Informacji dla pacjenta skierowanego do szpitala CM ENEL-MED**. Prosimy o uważne zapoznanie się z tymi zaleceniami i zwracamy uwagę, że ich przestrzeganie ma istotne znaczenie dla uzyskania optymalnego efektu zabiegu oraz Pana(i) bezpieczeństwa.

## PRZEBIEG ZABIEGU

Operacja jest wykonywana w znieczuleniu przewodowym bądź ogólnym dotchawiczym. Zabieg będzie wykonywany w niedokrwieniu, czyli operowana kończyna na pewien czas będzie pozbawiona przepływu krwi. Po przygotowaniu pola operacyjnego przecina się skórę i mięśnie. Rzepka i staw zostaną zwichnięte, a następnie zostaną całkowicie wycięte powierzchnie stawowe . Wycięte części zostaną zastąpione następującymi elementami endoprotezy :

- element pokrywający kłykcie kości udowej i element pokrywający kłykcie kości piszczelowej wykonane ze stopów stali chirurgicznej
- powierzchnie na których ślizga się staw czyli wkładka polietylenowa wykonane z plastiku na stałe zakotwiczone w elemencie piszczelowym w przypadku protez typu FIX BEARING i ruchoma względem tacy piszczelowej w przypadku protez MOBAIL BEARING

Komponent udowy i taca piszczelowa zostaną zakotwiczone w kości za pomocą cementu kostnego (polimeru) w przypadku protezy cementowanej lub na zasadzie wcisku w przypadku protezy bezcementowej. Żadne z typów mocowań nie daje gwarancji wiecznego zakotwiczenia endoprotezy. Każdy z elementów jest elementem zużywalnym i po pewnym czasie może dojść do jego uszkodzenia, lub obłuzowania. Po osadzeniu elementów endoprotezy zostanie pozostawiona rurka (dren) odbierająca krew która zostanie Pani/Panu zwrócona po pewnym czasie, a następnie po przetoczeniu zrotnym dren zostanie utrzymany do następnego dnia , a następnie usunięty. Mięśnie i skóra zostanie zszyta i założony zostanie opatrunek .

Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

Po operacji pacjent przewożony jest do Oddziału Pooperacyjnego i tam podłączany do urządzeń monitorujących parametry życiowe. Po wyrównaniu stanu ogólnego pacjent zostanie przeniesiony na oddział. Po następnych kilku dniach, pacjent może być wypisany do domu.

Niekiedy, już po rozpoczęciu zabiegu (w szczególności po uwidocznieniu operowanego miejsca), niezbędna może okazać się pewna modyfikacja zakresu zabiegu, uzasadniona względami medycznymi, w tym uzyskaniem optymalnego efektu zabiegu lub Pana(i) bezpieczeństwem.

<input type="checkbox"/>	<b>TAK</b>	W czasie zabiegu może okazać się konieczne wykonywanie zdjęć rentgenowskich, co wiąże się z ekspozycją na promieniowanie jonizujące i ryzykiem z tym związanym.
<input type="checkbox"/>	<b>NIE DOTYCZY</b>	

## **RYZIKO ZWIĄZANE Z ZABIEGIEM**

Lekarz, podejmując się wykonania zabiegu, zobowiązuje się do dołożenia wszelkich starań, aby zabieg został przeprowadzony prawidłowo i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Jest ważne, aby miał(a) Pan(i) świadomość, że żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z wykonywanym zabiegiem.

Nie należy zapominać, że każda procedura medyczna niesie ze sobą ryzyko pewnych powikłań. Na każdym etapie procesu leczenia nasz zespół medyczny dopełni wszelkich starań, aby ograniczyć możliwość ich wystąpienia, jednak zawsze, niezależnie od starań zespołu medycznego, istnieje pewne ryzyko pojawienia się powikłań, również takich, które nie są typowe dla danego zabiegu lub są niemożliwe do przewidzenia.

Zdarzające się powikłania związane z proponowanym leczeniem zabiegowym to m.in.:

- zgon w wyniku zabiegu operacyjnego lub w wyniku powikłań związanych ze znieczuleniem
- krwiak pooperacyjny
- zakrzepica żył głębokich
- infekcja rany operacyjnej lub protezy
- dolegliwości bólowe ze strony rzepki, klikanie i przeskakowanie w stawie rzepkowo-udowym, złamie rzepki, pęknięcie aparatu wyprostnego, niestabilność w stawie Rzepkowo-udowym
- powiększenie obrysów stawu, mogące się pojawić bóle przy klękaniu
- uszkodzenie nerwów
- uszkodzenie naczyń
- złamania
- nie pełne ustąpienie dolegliwości bólowych, nienaturalne uczucie pracy stawu kolanowego
- sztywność stawu
- obluzowanie
- osteoliza
- alergia na materiały wszczepialne

Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

- zużycie, pęknięcie lub uszkodzenie mechaniczne elementów ścieralnych endoprotezy
- blizna i dolegliwości bólowe ze strony dojścia operacyjnego, blizna pooperacyjna
- uszkodzenia skóry spowodowane zastosowaniem diatermii, środków odkażających i materiałów opatrunkowych oraz zastosowaniem opaski niedokrwiennej
- przejściowe epizody niedokrwienne w obrębie ośrodkowego układu nerwowego
- inne nieprzewidziane i nieopisane następstwa powyższego zabiegu operacyjnego na które chirurg operujący nie miał wpływu

Ponadto, każda procedura medyczna może wiązać się z pewnym ryzykiem dla zdrowia psychicznego, w tym z wystąpieniem depresji w okresie pooperacyjnym.

**ALLOPLASTYKA CAŁKOWITA STAWU KOLANOWEGO** jak każdy inny zabieg, niesie za sobą pewne ryzyko zakażenia wirusowym zapalenie wątroby typu B i choć jest ono niewielkie, to przed zabiegiem właściwe jest zaszczepienie się przeciw WZWB. Zwracamy jednak uwagę, że w niektórych przypadkach odroczenie zabiegu o czas potrzebny na wykonanie szczepienia przeciw WZWB może stanowić większe zagrożenie dla stanu zdrowia niż ryzyko związane z poddaniem się zabiegowi bez tego szczepienia.

Na prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań składa się wiele czynników, m.in. zaawansowanie schorzenia, ogólny stan zdrowia czy uprzednio przebyte zabiegi. Ryzyko wystąpienia powikłań jest wyższe u osób z nadwagą lub otyłością, palących papierosy (lub inne wyroby tytoniowe), a także chorujących na cukrzycę, nadciśnienie lub pozostałe choroby sercowo-naczyniowe. Ryzyko powikłań może być również wyższe w przypadku innych ciężkich i przewlekłych chorób.

#### **PO ZABIEGU – DOLEGLIWOŚCI ORAZ ZALECENIA**

Po zabiegu mogą – ale nie muszą – pojawić się pewne dolegliwości. Ich rodzaj i nasilenie są kwestią indywidualną, zależną od wielu czynników, m.in. od indywidualnej wrażliwości pacjenta na ból. Zwracamy się z prośbą o zgłaszanie ewentualnych dolegliwości personelowi medycznemu – w zależności od ich rodzaju i nasilenia możliwe są różne metody ich łagodzenia, m.in. poprzez podanie odpowiednich środków przeciwbólowych.

Przestrzeganie zaleceń pooperacyjnych może mieć kluczowe znaczenie zarówno dla zapewnienia optymalnego efektu zabiegu, jak również dla ograniczenia ryzyka wystąpienia ewentualnych dolegliwości i powikłań. Szczegółowe zalecenia pooperacyjne zostaną Panu(i) przekazane przez lekarza po zabiegu. Szczególnie istotnym warunkiem powodzenia zabiegu jest często **rehabilitacja** – sformułowanie jej zakresu oraz czasu trwania, tak jak pozostałych zaleceń pooperacyjnych, będzie możliwe dopiero po zabiegu.

**DODATKOWE UWAGI LEKARZA KIERUJĄCEGO PANA(IA) NA ZABIEG**

Miejsce na dodatkowe uwagi i ewentualny rysunek poglądowy

Podpis i pieczęć lekarza

Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

**Po przeczytaniu i ewentualnym dodatkowym wyjaśnieniu wątpliwości prosimy o podpisanie poniższych oświadczeń, obejmujących w szczególności Pana(i) dobrowolną i świadomą zgodę na wykonanie u Pana(i) zabiegu:**

***ALLOPLASTYKA CAŁKOWITA STAWU KOLANOWEGO***

**OŚWIADCZENIA PACJENTA**

1. Oświadczam, że w pełni zrozumiałem(am) informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem, w tym informacje dotyczące następujących aspektów planowanego zabiegu:
  - rozpoznanie i wskazania do zabiegu
  - proponowane oraz alternatywne metody diagnostyki i leczenia
  - możliwe do przewidzenia skutki zaniechania leczenia
  - zalecenia dotyczące przygotowania do zabiegu
  - cel, zakres i przebieg zabiegu
  - możliwe powikłania i ryzyko ich wystąpienia
  - zalecenia pooperacyjne
2. Przyjmuję do wiadomości, że informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem mają zastosowanie do planowanego u mnie zabiegu.
3. Potwierdzam, że miałem(am) wystarczającą ilość czasu na zapoznanie się z informacjami zawartymi w tym formularzu oraz przekazanymi mi podczas rozmowy z lekarzem.
4. Potwierdzam, że miałem(am) możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego zabiegu oraz uzyskania wyczerpujących i zrozumiałych dla mnie odpowiedzi i wyjaśnień.
5. Zgadzam się całkowicie zarówno z przedstawioną diagnozą, jak i z zaproponowanym sposobem leczenia.
6. Potwierdzam, że moja zgoda na proponowany zabieg jest przemyślana, świadoma i dobrowolna.
7. Zdaję sobie sprawę, że ostateczny efekt planowanego zabiegu oraz ryzyko wystąpienia ewentualnych powikłań zależy również od przestrzegania przeze mnie zaleceń dotyczących przygotowania do zabiegu oraz zaleceń pooperacyjnych, w tym w szczególności zaleceń dotyczących rehabilitacji.
8. Wyrażam zgodę na niemożliwą do przewidzenia przed zabiegiem modyfikację zakresu procedur medycznych oraz na wykonanie innych, niemożliwych do przewidzenia przed zabiegiem procedur medycznych, jeśli zaistnieje taka potrzeba, uzasadniona względami medycznymi, a w szczególności zagrożeniem mojego życia, ryzykiem wystąpienia ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.
9. Wyrażam zgodę na pobranie krwi w kierunku badań HIV, wirusowego zapalenia wątroby lub innych chorób przenoszonych drogą krwiopochodną, jeśli podczas zabiegu lub wykonywania u mnie innych procedur medycznych dojdzie do skażenia personelu Centrum Medycznego ENEL-MED S.A.

Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

10. Zostałem(am) poinformowany(a) o możliwości autotransfuzji, jeżeli w moim przypadku byłoby to potrzebne.

**11. Dotyczy zabiegów z wykorzystaniem promieniowania jonizującego:**

Wyrażam zgodę na wykonywanie zdjęć rentgenowskich podczas zabiegu i całej hospitalizacji.

12.  Zgadzam się  
 Nie zgadzam się

na przetoczenie preparatów krwiopochodnych w czasie operacji lub bezpośrednio po operacji, jeśli zajdzie taka potrzeba uzasadniona względami medycznymi.

13.  Zgadzam się  
 Nie zgadzam się

na utrwalanie przebiegu operacji oraz stanu przed i po operacji przy wykorzystaniu środków rejestrujących obraz i dźwięk oraz na ich wykorzystanie w celach medycznych, naukowych, edukacyjnych i pozostałych związanych z działalnością Centrum Medycznego ENEL-MED S.A. pod warunkiem zachowania anonimowości mojej tożsamości.

**Niniejszym, wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie**

**zabiegu:**

Nazwa zabiegu
Imię i nazwisko lekarza

**przez:**

Podpis i pieczęć lekarza

Miejscowość, data

Czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego (w przypadku osoby niepełnoletniej)

**OŚWIADCZENIE PACJENTA**  
**ODMOWA ZGODY NA ZABIEG**

Nie wyrażam zgody na wykonanie proponowanego zabiegu:

***ALLOPLASTYKA CAŁKOWITA STAWU KOLANOWEGO***

Zostałem(am) poinformowany(a) o możliwych negatywnych skutkach takiej decyzji dla mojego życia i zdrowia.

Podpis i pieczęć lekarza

Miejscowość, data

Czytelny podpis pacjenta lub  
przedstawiciela ustawowego  
(w przypadku osoby niepełnoletniej)