



## ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA ZABIEG: REKONSTRUKCJA WKP – METODA JEDNOPEŁCZKOWA

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

### REKONSTRUKCJA WKP – METODA JEDNOPEŁCZKOWA

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 którym 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, zaproponujemy 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

Więzadło krzyżowe przednie jest więzadłem stabilizującym staw kolanowy i znajdującym się we wnętrzu kolana. Więzadło to odpowiada za stabilizację stawu kolanowego. Jego brak powoduje nadmierne i niekontrolowane przesuwanie się stawu. To nadmierne przesuwanie, objawia się: uciekaniem stawu kolanowego, bólem, przeskakiwaniem lub klikaniem. Niektórzy pacjenci pomimo niestabilności mogą jej nie odczuwać. Długotrwała niestabilność stawu kolanowego może powodować uszkodzenie struktur wewnątrz stawowych takich jak łąkotki i chrząstka stawowa . To może prowadzić do rozwoju zmian zwyrodnieniowych i w konsekwencji bólu i dysfunkcji stawu.

## INNE METODY LECZENIA

Istnieją następujące alternatywne formy leczenia więzadła krzyżowego przedniego:

- farmakoterapia pod postacią leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych
- rehabilitacja i wzmocnienie mięśni
- używanie ortezy
- modyfikacja aktywności sportowej

Żadna z powyższych metod nie jest w stanie przywrócić stabilności stawu, z tego powodu został Pani/Panu zaproponowany zabieg operacyjny.

## 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. Po przygotowaniu pola operacyjnego przecina się skórę, pobiera się tkankę z pana organizmu, która zastąpi Pana/Pani więzadło. W zależności od doboru metody operacyjnej przeszczep może być pobrany ze ścięgien mięśni kulszowo-goleniowych, więzadła właściwego rzepki lub mięśnia czworogłowego uda. Pobranie oznacza ubytek w Pana/Pani tkance. Pobrany przeszczep zastąpi więzadło krzyżowe przednie .

Następnie z punktowych nacięć wkładana jest kamera do stawu przy pomocy której jest wykonywana dalsza część zabiegu. W trakcie zabiegu zostaną dokonane niezbędne naprawy innych struktur stawowych takich jak łąkotki, chrząstka lub inne uszkodzenia które będą odnalezione. Przy pomocy celowników zostaną wykonane kanały w kości udowej i piszczelowej. Ujście kanałów znajduje się w miejscu gdzie znajdowały się przyczepy więzadła. Następnie wprowadzony jest przeszczep który jest zamocowany przez implant mocujący, który zostanie dobrany w zależności od metody operacyjnej.

Po operacji na ogół pozostawiane są jeden lub dwa dreny które odprowadzą zbędną krew. Dreny zostaną usunięte następnego dnia lub w razie potrzeby w kolejnych dniach. Tkanki i skóra zostanie zszyta i założony zostanie opatrunek .

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. Następnego dnia , pacjent może być wypisany do domu.

Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

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.:

- powikłania związane ze znieczuleniem związanych ze znieczuleniem
- krwiak pooperacyjny
- zakrzepica żył głębokich
- infekcja rany operacyjnej i stawu klanowego
- dolegliwości bólowe ze strony rzepki, klikanie i przeskakiwanie w stawie rzepekowo-udowym
- złamanie narzędzi w obrębie stawu wymagające powiększenia dojścia operacyjnego
- dolegliwości bólowe ze strony miejsca pobrania przeszczepu
- atrofia mięśnia czworogłowego
- nawrotowa niestabilność, związana z niewygojeniem przeszczepu
- uszkodzenie nerwów
- uszkodzenie naczyń
- złamania
- uszkodzenie struktur wewnątrzstawowych tj. chrząstki stawowej, więzadeł, łąkotek
- zespół przedziałów powięziowych
- pozostawienie ciał wolnych w obrębie jamy stawowej
- wyciek płynu stawowego z przetoką
- nie pełne ustąpienie dolegliwości bólowych

Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

- obluźnianie implantów mocujących
- alergia na materiały wszczepialne
- zużycie, pęknięcie lub uszkodzenie mechaniczne implantów
- blizna i dolegliwości bólowe ze strony dościa operacyjnego, blizna pooperacyjna
- allgodystrofia współczulna (zespół sudecka )
- uszkodzenia skóry spowodowane zastosowaniem diatermii, środków odkażających i materiałów opatrunkowych oraz zastosowaniem opaski niedokrwiennej
- 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.

**REKONSTRUKCJA WKP – METODA JEDNOPEŁCZKOWA** jak każdy inny zabieg, niesie za sobą pewne ryzyko zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby typu B i choć jest ono niewielkie, to przed zabiegiem właściwe jest zaszczepienie się przeciw WZW B. Zwracamy jednak uwagę, że w niektórych przypadkach odroczenie zabiegu o czas potrzebny na wykonanie szczepienia przeciw WZW B 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:**

***REKONSTRUKCJA WKP – METODA JEDNOPEŁCZKOWA***

**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 krwipochodnych 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 pieczętka 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:

***REKONSTRUKCJA WKP – METODA JEDNOPEŁCZKOWA***

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)