



CENTRUM MEDYCZNE

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA ZABIEG: KOREKCJA DEFORMACJI PALUCHA I PALCOW STOPY – PALUCH KOŚLAWY (HALUX VALGUS)

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 **KOREKCJA DEFORMACJI PALUCHA I PALCOW STOPY – PALUCH KOŚLAWY (HALUX VALGUS)**.

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 ryzykiem, 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

Przyczyna deformacji palucha koślawego nie jest do końca poznana. W tego rodzaju deformacji najczęściej dochodzi do uciekania I kości śródstopia w kierunku przeciwnej stopy (szpotawości). Powoduje to poszerzenie przodostopia (płaskostopie poprzeczne). W wyniku kompensacji paluch zaczyna uciekać w przeciwnym kierunku co powoduje deformację koślawą palucha. Dodatkowo na I kości śródstopia dochodzi do wytworzenia wyniosłości kostnej fachowo zwanej bunionem, która konfliktuje z obuwem. W wyniku tworzącego się płaskostopia dochodzi do przeciążenia II, III i IV kości śródstopia co może dawać bóle przodostopia i tworzące się w tym miejscu modzele skórne. Dodatkowo obniżenie się sklepienia stopy może powodować tworzenie się różnego rodzaju deformacji palców stopy takich jak palce młotkowate, szponiaste, zachodzące. Niekiedy te deformacje występują jako izolowane deformacje bez zniekształcenia palucha koślawego.

INNE METODY LECZENIA

W wypadku Pana/Pani stopy deformacja jest na tyle zaawansowana, że nie ma możliwości trwałego wyleczenia przy pomocy metod farmakologicznych lub rehabilitacyjnych. Stosowanie ortez, aparatów odciążających nie przyniesie korekcji deformacji to znaczy nie spowoduje zmiany kształtu stopy. W niektórych przypadkach może spowodować spowolnienie narastania deformacji. Alternatywą leczenia operacyjnego jest:

- dobierania obuwia o szerokiej podstawie nie powodującej ucisku na zdeformowane punkty stopy – w końcowej fazie obuwie ortopedyczne produkowane na zamówienie
- stosowanie plastrów odciążających
- stosowanie wkładek odciążających przodostopie
- leki przeciwbólowe i przeciwzapalne oraz opatrunki na odleżyny skórne celem łagodzenia skutków konfliktu z obuwem

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

Celem zabiegu jest zapewnienie funkcjonalności stopy czyli swobodne używanie obuwia i zapewnienie możliwości bezbolesnego chodu. Kwestia wyglądu i estetyki stopy jest brana pod uwagę ale nie jest głównym celem zabiegu. Zakres zabiegu zależy od stopnia nasilenia deformacji. Zabieg jest przeprowadzany w znieczuleniu przewodowym lub ogólnym dotchawiczym. Po znieczuleniu pacjenta następuje założenie opaski Esmarcha (opaska uciskowa, która poprzez ograniczenie dopływu krwi do kończyny znacznie zmniejsza krwawienie śródoperacyjne, a tym samym skraca czas zabiegu i umożliwia jego dokładne wykonanie).

W zależności od stopnia deformacji stopy w skład zabiegu mogą wchodzić następujące procedury:

- usunięcie wyrostki kostnej z I kości śródstopia – buniona
- wykonaniu uwolnienia ścięgien i torebki stawowej stawu śródstopno-palcowego I

Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

- wykonaniu ostotomii (złamnia) I kości śródstopia i ponownego ustawienia złamanych odłamów w taki sposób aby zapewnić korekcję deformacji. Odłamy zostaną zespolone płytką, śrubami , drutami w zależności od metody operacyjnej
- wykonaniu osteotomii (złamania) paliczka podstawnego palucha i ponownego ustawienia złamanych odłamów w taki sposób aby zapewnić korekcję deformacji
- wykonania plastyki torebki stawowej
- w przypadku deformacji palców lub płaskostopia wykonane będą procedury uwolnienia ścięgien, osteotomia (złamania) I kości śródstopia i ponownego ustawienia złamanych odłamów w taki sposób aby zapewnić korekcję deformacji
- w zaawansowanych przypadkach może być konieczne wykonane usztywnienia w stawie śródstopno-palcowym co wiąże się z trwałą utratą ruchu w tym stawie (dotyczy pacjentów z zaawansowanymi zmianami i jeżeli procedura ta będzie miała mieć miejsce zostanie Pan/Pani o tym poinformowana)

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"/>	TAK	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"/>	NIE DOTYCZY	

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 po znieczuleniu
- krwawk pooperacyjny
- zaburzenie gojenia ran pooperacyjnych na skutek infekcji, niewydolności żyłnej,
- brak pełnej korekcji deformacji
- zakrzepica żył głębokich i jej następstwa pod postacią zatorowości płucnej
- obrzęki kończyny
- uszkodzenia naczyń i nerwów obwodowych (wymagające reoperacji)
- złamania
- alergia na materiały wszczepialne
- zużycie, pęknięcie lub mechaniczne uszkodzenie implantów wszczepialnych
- brak wzrostu kostnego
- nie pełne ustąpienie dolegliwości bólowych
- inne nieprzewidziane i nieopisane następstwa powyższego zabiegu operacyjnego, na które chirurg operujący nie miał wpływu

Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

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

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(IĄ) NA ZABIEG

Miejsce na dodatkowe uwagi i ewentualny rysunek poglądowy

Podpis i pieczętka 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:

KOREKCYA DEFORMACJI PALUCHA I PALCOW STOPY – PALUCH KOŚLAWY (HALUX VALGUS).

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 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:

KOREKCJA DEFORMACJI PALUCHA I PALCOW STOPY – PALUCH KOŚŁAWY (HALUX VALGUS).

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)