



CENTRUM MEDYCZNE

## ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA ZABIEG: ARTROSKOPIA BIODRA (USUNIĘCIE CIAŁA WOLNEGO, FAŁDU BŁONY MAZIOWEJ, ZROSTÓW)

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 **ARTROSKOPIA BIODRA (USUNIĘCIE CIAŁA WOLNEGO, FAŁDU BŁONY MAZIOWEJ, ZROSTÓW)**.

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 ryzyk, 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

Ciała wolne w stawie biodrowym mogą być następstwem urazu, a przez to uszkodzenia chrząstki, bądź wytworem błony maziowej, jak w przypadku chondromatozy, kiedy przyczyny ciał wolnych nie znamy. Ciała wolne w stawie doprowadzają do niszczenia stawu biodrowego i w następstwie do rozwoju wtórnej choroby zwyrodnieniowej.

## INNE METODY LECZENIA

Ciała wolne należy usunąć ze stawu operacyjnie. Nie ma metody nie operacyjnej usunięcia ciał wolnych.

## 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. Chory jest ułożony na stole operacyjnym z wyciągiem za kończyny w pozycji na plecach. Operacja jest przeprowadzana z użyciem śródoperacyjnej kontroli RTG.

Po przygotowaniu pola operacyjnego poprzez mała nacięcie skóry wprowadza się do stawu w jego część centralną lub dystalną artroskop. Operacja jest przeprowadzana z kilku niewielkich cięć skóry pod kontrolą artroskopu i RTG. Cięcia skórne i dostępy operacyjne są wykonywane w ściśle określonych miejscach, tak aby dotrzeć do miejsc stawu objętych chorobą. Cieciska skórne są zszywane nicią niewchłaniającą szwami pojedynczymi.

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

## RYZYKA 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.

Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

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

- krwiak pooperacyjny
- skostnienia pozaszkieletowe
- zakrzepica żył głębokich i jej następstwa pod postacią zatorowości płucnej
- obrzęki kończyny
- uszkodzenia nerwów obwodowych (powikłania najczęściej przemijające):
  - nerw kulszowy - opadanie stopy,
  - nerw udowy - upośledzenie wyprostowania kolana,
  - nerw sromowy - zaburzenie czucia w okolicy krocza, zaburzenia erekcji,
  - nerw skórny boczny uda – zaburzenie czucia w okolicy skóry uda operowanego stawu
- uszkodzenia naczyń (wymagające reoperacji)
- niestabilność stawu (jego wypadanie z panewki) – odczuwanie przeskakowania
- infekcja rany pooperacyjnej
- dolegliwości bólowe w miejscu dostępu operacyjnego
- uszkodzenie chrząstki stawowej
- złamanie narzędzi operacyjnych wewnątrz stawu
- martwica jałowa głowy kości udowej
- złamanie szyjki kości udowej
- przemieszczenie płynu z okolicy operowanego stawu w okolicę uda lub brzucha, co może powodować zespół ucisku na naczynia, nerwy i narządy jamy brzusznej; bardzo rzadko, w ciężkiej postaci, powikłanie to wymaga ingerencji chirurgicznej
- uszkodzenia skóry spowodowane zastosowaniem diatermii, środków odkażających i materiałów opatrunkowych
- przejściowe epizody niedokrwienne w obrębie ośrodkowego układu nerwowego
- inne nieprzewidziane i nieopisane następstwa powyższego zabiegu operacyjnego, na które chirurg operujący nie miał wpływu
- zgon w wyniku zabiegu operacyjnego lub w wyniku powikłań po znieczuleniu

Ponadto, każda procedura medyczna może wiązać się z pewnymi ryzykami 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**

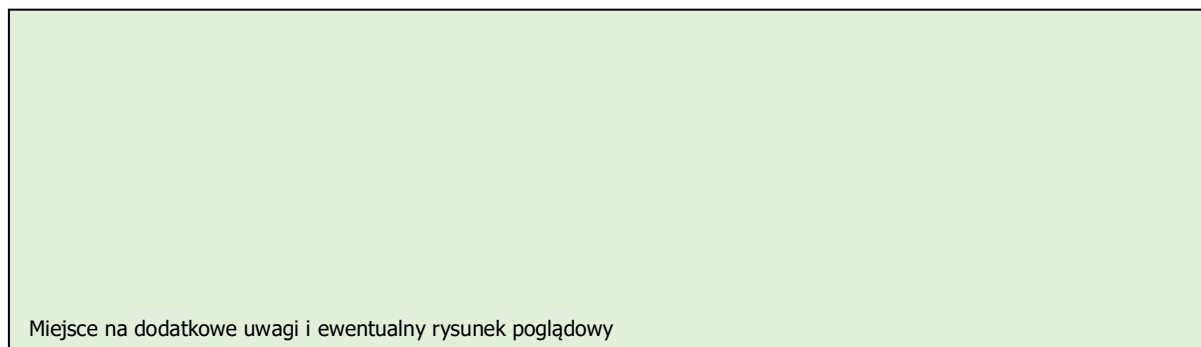
Po zabiegu mogą – ale nie muszą – pojawić się pewne dolegliwości. Ich rodzaj i nasilenie są kwestią indywidualną, zależną od wielu czynników, m.in. od indywidualnej wrażliwości pacjenta na ból. Zwracamy się z prośbą o zgłaszanie ewentualnych dolegliwości personelowi medycznemu – w zależności od ich rodzaju 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** –

Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

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 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:**

***Artroskopia biodra (usunięcie ciała wolnego, fałdu błony maziowej, zrostów).***

### **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 skaleczenia 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:

***ARTROSKOPIA BIODRA (USUNIĘCIE CIAŁA WOLNEGO, FAŁDU BŁONY MAZIOWEJ, ZROSTÓW).***

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)