



ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA ZABIEG: GANGLION METODĄ OTWARTĄ I ARTROSKOPOWĄ

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 **GANGLION METODĄ OTWARTĄ I ARTROSKOPOWĄ**.

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

Ganglion nadgarstka przypomina sprężysty guz. Zawiera galaretowaty płyn. Jest objawem degeneracji więzadeł wskutek ich przeciążenia, urazu lub wrodzonej ich wiotkości. Występuje w wielu lokalizacjach – najczęściej na grzbiecie lub po stronie dłoniowej nadgarstka. Powodem operacji jest zwykle defekt kosmetyczny lub promieniujący od ganglionu ból nasilający się przy wyproście i zgięciu oraz nadużywaniu i używaniu ręki. Leczenie operacyjne polega na wycięciu podstawy ganglionu z fragmentem torebki stawowej nadgarstka.

INNE METODY LECZENIA

W każdym stadium choroby można spróbować leczenia nieoperacyjnego – zastrzykiem ze sterydów lub rehabilitacją i odciążaniem ręki. Jednak skuteczność leczenia operacyjnego jest dużo większa.

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 regionalnym (odcinkowym dożylnym lub przewodowym) bądź ogólnym dotchawiczym. Operacja klasyczna polega na przecięciu skóry nad guzem i leżących pod nią tkanek, tak by dotrzeć do miejsca połączenia ganglionu z torebką stawową. Ganglion wycina się z fragmentem torebki stawu nadgarstka oszczędzając więzadła, pozostawiając otwór w ścianie torebki stawu do samoistnego zamknięcia.

W ostatnich latach coraz częściej stosuje się w leczeniu metodę artroskopową. Jest delikatniejsza i precyzyjniej pozwala usunąć ganglion, poprawiając rezultat i zmniejszając nawroty. Trwa dłużej niż metoda klasyczna i wymaga częściej „większego” znieczulenia. Wymaga nakłucia nadgarstka dla wprowadzenia narzędzi, tak by operacja usunięcia ganglionu odbywała się „od środka”. Dodatkowo pozwala na diagnostykę nadgarstka pod kątem innych nieprawidłowości – np. ocenę więzadeł we wnętrzu nadgarstka – co nie jest dostępne w metodzie otwartej.

Po operacji rana zaopatrzona jest opatrunkiem, unieruchomienie jest stosowane wyjątkowo rzadko. Dla wyleczenia niezbędne jest przestrzeganie zaleceń oszczędzania operowanego nadgarstka przez kilka tygodni – i powrót do pełnego jej obciążania – dopiero po ustąpieniu wszystkich dolegliwości – zwykle 2- 3 miesiące, niekiedy dłużej. Konieczne jest także wykonywanie ćwiczeń utrzymujących w ruchomości palce i nadgarstek dla uniknięcia ich trwałego przykurczu – niekiedy lekarz zaleca oprócz ćwiczeń własnych konieczność uczęszczania na fizykoterapię. W przeciwnym wypadku częściej spotyka się nawroty ganglionu. Czasami powodem utrzymywania się dolegliwości bólowych jest zadawniony uraz sąsiadujących więzadeł nadgarstka wymagający rozważenia dodatkowego leczenia.

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 ryzykami z tym związanymi.
<input type="checkbox"/>	NIE DOTYCZY	

Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

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.

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

- dolegliwości bólowe i obrzęk w miejscu operowanym wskutek podjęcia nadmiernego obciążania ręki lub podjęcia pełnego obciążania przed czasem wygojenia się torebki stawowej w miejscu operacji (minimum 2 miesiące)
- unieruchomienie przez zrosty operowanych ścięgien z ograniczeniem ruchów nadgarstka lub palców poprzez całkowite zaniechanie używania ręki po operacji
- czasowe lub trwałe zaburzenia czucia z miejscową bolesnością okolicy operowanej wynikające najczęściej z objęcia przez bliznę gojącą ranę jednej z drobnych gałęzi nerwów biegnących w skórze – rzadziej – jako wynik bezpośredniego uszkodzenia nerwu podczas operacji
- "nawrót" ganglionu mogący wynikać z przedwczesnego obciążenia operowanej ręki lub wytworzenia się kolejnego w miejscu sąsiadującym jako wynik przeciążenia lub degeneracji lub wrodzonej wiotkości więzadeł nadgarstka, czasami wskutek niedostatecznego wycięcia punktu wyjścia operowanego ganglionu
- inne nieprzewidziane i nieopisane następstwa powyższego zabiegu operacyjnego, na które chirurg operujący nie miał wpływu

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

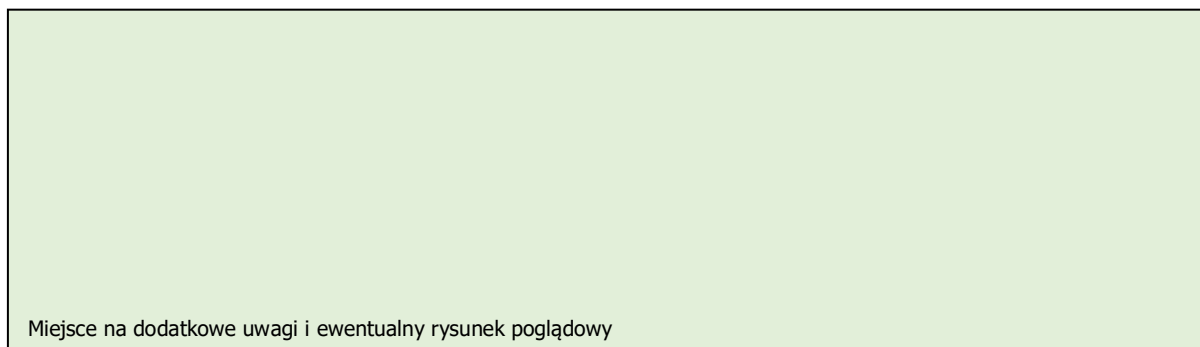
Po zabiegu mogą – ale nie muszą – pojawić się pewne dolegliwości. Ich rodzaj i nasilenie są kwestią indywidualną, zależną od wielu czynników, m.in. od indywidualnej wrażliwości pacjenta na ból. Zwracamy się z prośbą o zgłaszanie ewentualnych dolegliwości personelowi medycznemu – w zależności od ich rodzaju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

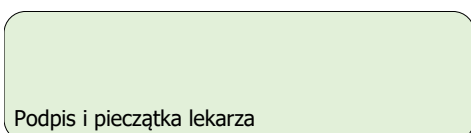
Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

sformułowanie jej zakresu oraz czasu trwania, tak jak pozostałych zaleceń pooperacyjnych, będzie możliwe dopiero po zabiegu.

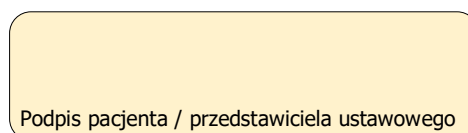
DODATKOWE UWAGI LEKARZA KIERUJĄCEGO PANA(IA) NA ZABIEG



Miejsce na dodatkowe uwagi i ewentualny rysunek poglądowy



Podpis 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:

GANGLION METODĄ OTWARTĄ I ARTROSKOPOWĄ.

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 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:

GANGLION METODĄ OTWARTĄ I ARTROSKOPOWĄ.

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

Podpis i pieczętka lekarza

Miejscowość, data

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