

INFORMACJA DLA RODZICA – USUNIĘCIE TRZECIEGO MIGDAŁKA (adenotomia)

SZANOWNY RODZICU,

Adenotomia to operacja przeprowadzana głównie u dzieci i polegająca na usunięciu przerośniętej tkanki chłonnej z części nosowej gardła w celu poprawienia drożności nosa, odblokowania trąbek słuchowych i zmniejszenia podatności na infekcje górnych dróg oddechowych. Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu ogólnym.

Przy zaniechaniu leczenia możliwe jest pogorszenie stanu zdrowia. Nie ma alternatywnej metody leczenia.

Możliwe powikłania:

Każdy zabieg chirurgiczny (operacja) może wiązać się z następstwami, które są wynikiem choroby lub leczenia (mogą wystąpić na każdym etapie diagnostyki i leczenia) oraz z powikłaniami, które choć nie są wynikiem błędu to są zdarzeniami niepożądanymi (występują z różną częstotnością).

Po zabiegu adenotomii mogą wystąpić następstwa lub powikłania:

Częste lecz niegroźne

- krwawienie wczesne z nosa i gardła (w pierwszej dobie) wymagające założenia tamponady nosa lub nosogardła (tamponada tylna) albo ponownej operacji (readenotomii);
- krwawienie późne (głównie do 7 dnia);
- niedrożny nos z powodu obrzęku tkanek (przejściowo) ;
- odma na szyi i twarzy;
- skaleczenie wału trąbkowego;
- zapalenie ucha środkowego;
- zmiana barwy głosu, zazwyczaj o charakterze przejściowym;
- pojawić się może ponowny odrost migdałka.

Rzadkie, dużo poważniejsze:

- skaleczenie powięzi przedkręgowej z sztywnością karku i podrażnieniem kręgosłupa;
- przedostawanie się pokarmów, zwłaszcza płynów do nosa;
- nosowanie otwarte;
- niedrożność nosa z powodu zrostów w nosogardle.

Wymieniono większość następstw i powikłań, które mogą wystąpić ale w medycynie zawsze może dojść do sytuacji jeszcze nieopisywanych w literaturze fachowej, związanych z nietypową anatomią lub nietypową reakcją organizmu pacjenta. Ze wszystkimi pytaniami i wątpliwościami należy się zgłaszać do lekarza prowadzącego.

Po zapoznaniu się z formularzem proszę potwierdzić zgodę na zabieg własnoręcznym czytelnym podpisem

Rozmowa z lekarzem

Pytania w związku z planowanym leczeniem. Dodatkowo informacje, oczekiwania od strony chorego, rokowanie, zagrożenia itp. Zastrzeżenia pacjenta/ki odnośnie planowanego leczenia:

.....
.....
.....

OŚWIADCZENIE I ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG

.....
Imię i nazwisko rodzica lub opiekuna prawnego

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/na przez

Imię i nazwisko lekarza

o potrzebie przeprowadzenia u mojego dziecka zabiegu, jako najkorzystniejszej dla mojego dziecka metody leczenia. Otrzymałem wszelkie informacje co do rodzaju zabiegu, a także innych metod leczenia. W trakcie rozmowy miałem/am możliwość zadania pytań dotyczących wszelkich interesujących mnie kwestii związanych z zabiegiem, ryzykiem zabiegu, okolicznościami przed i po zabiegowymi oraz związanym z nim ryzykiem. Uzyskałem/am wyczerpującą odpowiedź na wszystkie interesujące mnie pytania, zrozumiałem/am przebieg i cel leczenia. Nie mam więcej pytań.

Niniejszym, będąc opiekunem prawnym dziecka

imię i nazwisko dziecka

zamieszkałego

dokładny adres

wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu w postaci

planowany zabieg

i upoważniam lekarzy do wykonania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania zdrowia i życia mojego dziecka w sytuacjach tego wymagających. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania leczniczego.

Udzieliłem/am prawdziwych informacji o stanie zdrowia mojego dziecka.

Zobowiązuję się przestrzegać zaleceń po zabiegu.

.....
data i podpis lekarza przyjmującego zgodę

.....
data i czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego

.....
podpis dziecka w przypadku ukończenia 16 roku życia