

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG OPERACYJNY PRZEGRODY NOSA

INFORMACJA DLA PACJENTA

Operacja przegrody nosa (septoplastyka) polega na chirurgicznym wyprostowaniu skrzywionej przegrody nosa, może być uzupełniona operacją konchoplastyki (zmniejszenie objętości przerośniętych małżowin nosowych dolnych). Ma na celu poprawę drożności nosa, komfortu oddechu i poprawienie wentylacji wszystkich zatok przynosowych, zmniejsza nasilenie chrapania i objawów bezdechu. Przy zaniechaniu leczenia możliwe jest pogorszenie stanu zdrowia. Nie ma alternatywnych metod 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 częstością).

Po zabiegu septoplastyki mogą wystąpić następstwa lub powikłania:

Częste lecz niegroźne

- krwawienie wczesne (w pierwszej dobie) wymagające zmiany tamponady
- krwawienie późne (głównie do 7 dnia) może wymagać tamponady lub pooperacyjnego zamknięcia naczynia krwionośnego;
- ból nosa;
- obrzęk wargi górnej, krwiak w obrębie podniebienia;
- formowanie się strupów, skrzepów, nieprzyjemny zapach z nosa;
- konieczność oczyszczania nosa i nakładania maści;
- zluksowanie reimplantowanej chrząstki (przekrzywienie wstawionej chrząstki) z ponownym pogorszeniem drożności nosa;
- krwiak lub ropień przegrody;
- wstąpienie perforacji (otworu) w przegrodzie nosa przy zabiegu lub w przebiegu gojenia;
- niedrożność otwarta (zespół pustego nosa).

Rzadkie, dużo poważniejsze:

- deformacja nosazewnętrzny z zapadnięciem się grzbietu nosa
- masywne krwawienie wymagające podwiązania tętnicy na szyi ;

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
OPERACJA PRZEGRODY NOSA**

.....
Imię i nazwisko pacjenta

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

PESEL

.....
Oddział

.....
data

Wyrażam zgodę na wykonanie operacji przegrody nosa (septoplastyki). Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a w sposób wyczerpujący i niebudzący moich wątpliwości o celu, rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu oraz wszelkich możliwych do przewidzenia wiążących się z nim ryzykach, w tym ryzykach rzadko występujących, innych możliwych metodach leczenia, jak również o efekcie, jakiego mogę się spodziewać, jeżeli zabieg przebiegać będzie bez zakłóceń.

Oświadczam, że udzieliłem/am pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, w tym informacji o chorobach przewlekłych, przebiegu dotychczasowego leczenia i przyjmowanych lekach.

Stwierdzam, że uzyskałem/am wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Zapoznałem/am się i zrozumiałem/am informacje zawarte w niniejszej zgodzie. Oświadczam, że jestem wystarczająco poinformowany/ny. Rozumiem ryzyko związane z tym zabiegiem i zgadzam się na jego wykonanie.

Jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualną zmianę pierwotnie ustalonego zakresu zabiegu operacyjnego polegającą na jego zmniejszeniu lub rozszerzeniu, jeśli będzie to uzasadnione wystąpieniem nieprzewidzianych okoliczności lub koniecznością dostosowania jego zakresu do stwierdzonych śródoperacyjnie zmian chorobowych.

.....
data i podpis lekarza przyjmującego zgodę

.....
data i czytelny podpis pacjenta