

04

FORMULARZ ZGODY NA LECZENIE Z INFORMACJĄ DLA PACJENTA

Podstawa prawna:

- ustawa z dn. 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. Z 2011 r. nr 277 poz. 1634)
- ustawa z dn. 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. Z 2013 r. nr 217)
- ustawa z dn. 6 listopada 2008 roku o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. Z 2012 roku nr 159)

Imię Nazwisko

PESEL KGD

1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚĆ ZABIEGU

Rozpoznano u Pana/Pani złamanie kompresyjne z zespołem bólowym kręgosłupa
Po szczegółowej analizie proponujemy zabieg **przezskórnej biopsji trzonu kręgu**
Celem proponowanej operacji jest **zweryfikowanie podejrzenia złamania na tle nowotworowym**.
Alternatywną metodą leczenia Pani/Pana schorzenia to leczenie zachowawcze (farmakologiczne, gorset i rehabilitacja).

2. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU

Obecność blizny, ekspozycja na działanie promieniowania jonizującego

3. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ:

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz braku ryzyka. Powikłania mogące wiązać się z tym zabiegiem to:

A) częste

- zakażenie rany pooperacyjnej i nieprawidłowe jej gojenie (wzrost ryzyka przy współistniejącej cukrzycy, otyłości, sterydoterapii, chorobie nowotworowej, niedożywieniu)
- wyciek materiału plastycznego poza trzon kręgu (zatorowość, pogorszenie neurologiczne)

B) rzadsze powikłania

- trwałe uszkodzenie struktur nerwowych mogące skutkować niedowładem kończyn dolnych, zaburzeniami funkcji zwieraczy
- uszkodzenie worka oponowego z następowym płynotokiem
- uszkodzenie struktur leżących do przodu od kręgosłupa (dużych naczyń, jelit, moczowodu)
- zakażenie tkanek głębokich (zapalenie opon rdzeniowych, krążka międzykręgowego, ropień nadtwardówkowy, ropniak podtwardówkowy, zapalenie pajęczynówki, ropień podpowięziowy)
- powikłania wynikające z ułożenia na stole operacyjnym (uszkodzenie nerwów obwodowych – strzałkowego, łokciowego, promieniowego i innych; uszkodzenie gałek ocznych; uszkodzenie odcinka szyjnego kręgosłupa; odleżyny)
- powikłania zakrzepowo-zatorowe (zakrzepica żylna, zatorowość płucna – potencjalnie śmiertelna)
- reakcja anafilaktyczna na kontrast/środek znieczulenia miejscowego (potencjalnie śmiertelne)
- niewydolność nerek

Szpital jest miejscem, gdzie mogą bytować patogeny alarmowe, jak gronkowiec złocisty, acinetobacter, klebsiella, pałeczka okrężnicy i inne. Mimo dochowania ze strony personelu wszelkiej dbałości i staranności istnieje bardzo małe ryzyko zakażenia się tymi drobnoustrojami, co może wiązać się z gorszym gojeniem rany pooperacyjnej, jej ropieniem czy innymi stanami zapalnymi a także długotrwałą antybiotykoterapią.

4. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia zabiegu w Pana/Pani przypadku oceniamy jako



duże



średnie



ograniczone

Jeśli nie wyrazi Pan/Pani zgody na proponowane leczenie operacyjne istnieje szansa na to, że dolegliwości ulegną samoistnej stopniowej redukcji

5. ZASTRZEŻENIA PACJENTA CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA:

.....

6. KONIECZNOŚĆ ZMIANY LUB ROZSZERZENIA ZABIEGU W TRAKCIE JEGO TRWANIA

W czasie operacji możemy stwierdzić istnienie trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie planowanego zabiegu. Prosimy o wyrażenie zgody także i na taką okoliczność. Przy braku tej zgody zabieg musiałby zostać przerwany i ponownie wykonany później, co byłoby dodatkowym obciążeniem dla Pani/Pana zdrowia.

7. OŚWIADCZENIE PACJENTA

W pełni rozumiem informacje zawarte w tym formularzu oraz informacje przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi oraz wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie z spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na powyższe tematy. Znałem mi są możliwe powikłania związane z zabiegiem.

Bez zastrzeżeń (lub z zastrzeżeniami zawartymi w pkt. 5) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie zabiegu **przezskórnej biopsji trzonu kręgu** Zgadzam się również na jego ewentualne zmiany lub rozszerzenie, które okażą się niezbędne w trakcie operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

.....
Data

Podpis lekarza

Podpis pacjenta

Nie zgadzam się na proponowany zabieg. Zostałem poinformowany/poinformowana o możliwych negatywnych skutkach takiej decyzji

.....
Data

Podpis lekarza

Podpis pacjenta