



## INFORMACJA DLA PACJENTKI/A ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG TRACHEOTOMII

1. IMIĘ NAZWISKO .....

2. PESEL .....

3. RODZAJ OPERACJI : Tracheotomia

4. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI:

- duszność krtaniowa
- obrzęk gardła dolnego,
- przedłużona intubacja,
- urazy krtani
- masywne urazy twarzoczaszki.

5. PROPONOWANA METODA OPERACJI:

Celem tracheotomii jest zabezpieczenie swobodnego oddychania, gdy istnieje przeszkoda powyżej krtani, w krtani lub w gardle dolnym. Zabieg polega na wykonaniu otworu w środkowej, dolnej części szyi bezpośrednio do tchawicy i założeniu rurki tracheostomijnej. Powietrze do płuc dostaje się przez tracheotomię, która może mieć charakter stały lub czasowy (po wyeliminowaniu przeszkody można rurkę wyjąć a otwór w szyi zaszyć). Przy silnej duszności jest zabiegiem ratującym życie, wykonywanym w trybie pilnym. Przy zaniechaniu leczenia możliwe jest pogorszenie stanu zdrowia lub zagrożeniem życia pacjenta. **Nie ma alternatywnej metody leczenia.**

6. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI :

- normalne mówienie jest możliwe po zatankaniu otworu tracheotomii palcem.
- Istnieje większe ryzyko dostania się ciała obcego do tchawicy lub oskrzeli

7. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

- Krwawienie wczesne
- Krwawienie późne
- Obrzęk, zasinienie, ból okolicy operowanej
- Odma podskórna
- Zmiany skórne związane z drażnieniem przez wydzielinę
- Zasychanie i tworzenie się strupów w rurce- konieczność nawilżania powietrza i toaleta rurki,
- Kaszel
- Rozwój ziarniny wokół tracheostomy
- Okresowe podkrwawianie z rurki
- Zaburzenia połykania
- Martwica płata skóry
- Zwężenie tracheostomy i tchawicy
- Uszkodzenie osklepka płuca
- Uszkodzenie nerwów wstecznych i trwałe porażenie fałdów głosowych
- Przetoka gardłowo-skórna
- Przetoka przełykowo- tchawicza
- Odma śródpiersiowa

- Trwale zwężenie podgłośnia krtań na skutek uszkodzenie chrząstki pierścieniowatej

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.

## 8.ROKOWANIE

U większości pacjentów wykonanie zabiegu tracheostomii powoduje znaczną poprawę i ustąpienie duszności. U niektórych chorych jednak, szczególnie obciążonych dodatkowymi schorzeniami płuc efekt ten może być gorszy, lub będą wymagali dalszego leczenia.

## 9.ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani/n zapytała nas o wszystko co chciałaby Pani/n wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Panią wyjaśnienia można uzyskać u każdego lekarza specjalisty zatrudnionego w naszym Oddziale. Chętnie odpowiemy na wszystkie pytania.

## 10. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej. Szczególnie podczas masywnego krwawienia może dojść do konieczności podwiązania dużych naczyń tętniczych jak i żylnych. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność.

## 11. OŚWIADCZENIE PACJENTKI/A

W pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy w lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem..... spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznanie
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
- wyników leczenia operacyjnego
- rokowania
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

Bez zastrzeżeń (lub z poniższymi zastrzeżeniami) **zgadzam się na przeprowadzenie zabiegu tracheotomii** oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

.....  
Data, podpis lekarza

.....  
data, podpis pacjentki/a albo uprawnionego opiekuna

### **Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg tracheotomii.**

Zostałam/em poinformowana/y o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....  
data podpis lekarza

.....  
podpis pacjentki/a albo uprawnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjentkę/a jest niemożliwe z powodu :

.....  
data podpis lekarza