

1. Imię nazwisko:  
.....  
.....

2. PESEL:  
.....

3. RODZAJ OPERACJI: SEPTOPLASTYKA Z EWENTUALNĄ RADIOKAGULACJĄ MAŁŻOWIN  
NOSOWYCH DOLNYCH

#### 4. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

Objawowe skrzywienie przegrody nosa, powiększenie małżowin nosowych dolnych

#### 5. PROPONOWANA METODA OPERACJI:

Zabieg polega na chirurgicznym wyprostowaniu skrzywionej przegrody nosa, jednocześnie może być  
uzupełniony operacją konchoplastyki (zmniejszenie objętości przerosniętych małżowin nosowych dolnych).  
Może być wykonany w znieczuleniu miejscowym lub w znieczuleniu ogólnym. Ma na celu poprawę drożności  
nośa, komfortu oddychania i sprzyja lepszej wentylacji wszystkich zatok przynosowych. Zmniejsza nasilenie  
chrapania i objawów bezdechu.  
Przy zaniechaniu leczenia możliwe jest pogorszenie stanu zdrowia (w tym zaburzenia utlenowania organizmu,  
nadciśnienie tętnicze, nawrotowe infekcji górnych dróg oddechowych).  
Nie ma alternatywnej metody leczenia.  
**UWAGA!!! W okresie pooperacyjnym przeciwwskazany jest palenie papierosów!**  
Palenie zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych (w tym zrosty wewnątrznosowe, perforacja  
przegrody).

#### 6. DAJĄCE SIĘ PRZEWIJDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI:

Ból, obrzęk okolicy nosa, tamponada przednia, obrusiona, krwawienie z nosa, instalacja płytek stabilizujących,  
zburzenia czucia w obrębie nosa/wargi/zębów.

#### 7. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

**Po zabiegu** septoplastyki mogą z konchoplastyką wystąpić następujące następstwa lub powikłania  
Częste mniej groźne:  
→ Krwawienie wcześnie (do 24h), może wymagać zmiany tamponady na nową  
→ Krwawienie późne (najczęściej do 7 doby, rzadko-późniejsze), może wymagać tamponady lub operacyjnego  
zamknięcia naczynia krwionośnego  
→ Ból nosa, zaburzenia czucia w obrębie wargi/zębów/siecznych  
→ Obrzęk wargi górnej, krwiak w obrębie podniebienia  
→ Formowanie się strupów, skrzepów, nieprzyjemny zapach z nosa  
→ Konieczność oczyszczenia nosa i nakładania maści,  
→ Złuszkowanie reimplantowanej chrząstki (przekrzywienie wstawionej chrząstki) z ponownym pogorszeniem  
drożności nosa  
→ Krwiak lub ropień przegrody

→ Wystąpienie perforacji (otworu) w przegrodzie nosa przy zabiegu lub w przebiegu gojenia

→ Niedrożność otwarta(zespół pustego nosa),  
→ Wytworzenie się zrostów w jamie nosowej

→ Konieczność reoperacji  
Rzadkie, dużo poważniejsze:

→ Deformacja nosa zewnętrznego z zapadnięciem się grzbietu nosa  
→ Masywne krwawienie wymagające podwiązania tętnicy na szyi

Szpital jest miejscem, gdzie mogą być wywołane patogeny alarmowe, jak gronkowiec złocisty (S. aureus),  
acinetobacter, pałeczka okrężnicy (E. coli) i inne. Mimo dochowania ze strony personelu wszelkiej dbałości i

starym jest istnieje bardzo małe ryzyko zakażenia się tymi drobnoustrojami, co może wiązać się z gorszym gojeniem się rany pooperacyjnej. Jej ropieniem czy innymi stanami zapalnymi, a także długotrwałą antybiotykoterapią.

Po każdym rozległym zabiegu chirurgicznym mogą wystąpić poważne powikłanie ogólne:  
Zapalenie płuc, zatry i zakrzepy żył, udar mózgu, zakażenie ogólnoustrojowe, zawał mięśnia sercowego, niewydolność oddechowa i zgon.

Wymieniono większą liczbę 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 wszystkich pytaniami i wątpliwościami należy się zgłaszać do lekarza prowadzącego.

## 8. ROKOWANIE

Srednie. Niekiedy pacjent wymaga reoperacji.

## 9. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani/Pan zapytała nas o wszystko co chciałaby Pani/Pan wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie informacje 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 trakcie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji. Prosimy o wyrażenie zgody także na tę okoliczność. Przy braku tejże zgody zabieg operacyjny musi być przerwany i ponownie później powtórzony, co mogłoby stanowić dodatkowe obciążenie dla zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

## 11. OŚWIADCZENIE PACJENTA/PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO

W pełni zrozumiałam(em) informację zawartą w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie z lekarzem spełnione zostały wszystkie moje wymagania co do informacji nt.: rozpoznania, proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następujących metod lub ich zaniechania, wyników leczenia operacyjnego, rokowania, ewentualnego leczenia pooperacyjnego. Znam są mi możliwe powikłania związane z zabiegiem.

Bez zastrzeżeń (lub z poniższymi zastrzeżeniami) wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu: **"SEPTOPLASTYKI Z EWENTUALNĄ RADIOKOAGULACJĄ MAŁŻOWIN NOSOWYCH"** 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.

**NIE ZGADZAM SIĘ NA PROPONOWANY ZABIEG OPERACYJNY.** Zostałem poinformowany(a) o możliwościach negatywnych konsekwencjach takiej decyzji.

.....  
Data, podpis lekarza

.....  
Data, podpis pacjentki(a)/Opiekuna prawnego

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

.....  
Data, podpis lekarza