



zaopatrzenie uszkodzonych tkanek. Przed zabiegiem pacjent pozostaje na czczo. Po dokładnej toalecie osobistej ubiera jednorazowe ubranie przeznaczone na blok operacyjny.

Po zabiegu zaleca się oszczędzający tryb życia przez około 3 tygodnie. Toaletę oraz pielęgnację ran pooperacyjnych. Zgłoszenie się na kontrolę do Poradni Chirurgii Dziecięcej (termin kontroli wyznaczany przy wypisie z Oddziału).

## **2. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI**

chirurgiczne opracowanie rany

Przeciwwskazania:

Silnie zakażona rana, zastarzała rana ponad 6-12h od powstania lub powyżej 24h na twarzy, rana z martwicą lub ciałem obcym, ugryzienie przez zwierzęta lub ludzi w niektórych lokalizacjach.

## **3. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ**

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka

związanego z operacją.

Szycie rany u dziecka jest zazwyczaj bezpiecznym zabiegiem, ale jak każda procedura medyczna, może wiązać się z pewnymi powikłaniami. Oto najczęściej występujące komplikacje:

1) Powikłania infekcyjne- wymagające leczenia antybiotykami

zakażenie rany – objawiające się zaczerwienieniem, obrzękiem, bólem, ociepleniem skóry wokół rany, ropnym wyciekami, gorączką  
ropowica – rozprzestrzenienie się zakażenia w tkankach miękkich

2) Powikłania związane z gojeniem rany

rozejście się szwów – może wynikać z nadmiernego napięcia na brzegi rany lub urazu mechanicznego, czasami wynika z niedostatecznej wytrzymałości szwów lub infekcji  
nadmierne bliznowacenie – bliznowiec lub blizny przerostowe

Inne powikłania

Krwawienia

uszkodzenia skóry przez środki dezynfekcyjne lub prąd elektryczny

Uszkodzenia otaczających tkanek lub nerwów – w przypadku głębszych ran istnieje ryzyko uszkodzenia drobnych nerwów co może prowadzić do drętwienia i mrowienia w okolicy rany oraz trwałego osłabienia czucia w miejscu urazu

W niektórych przypadkach gojenie może prowadzić do powstania bolesnych zmian bliznowatych, co może utrudniać codzienne funkcjonowanie.

Jeśli rana znajduje się w okolicy stawów, może dojść do ograniczenia zakresu ruchu w wyniku nieprawidłowego gojenia się lub zbliznowacenia tkanek.

zakażenie wirusem zapalenia wątroby (tzw. żółtaczką zakaźną) lub HIV;

niektóre powikłania mogą powodować poważne zagrożenie dla zdrowia i życia, mogą wymagać dodatkowych badań i zabiegów, czasami ponownej operacji, a czasami mogą doprowadzić do zgonu;

w czasie operacji i w okresie pooperacyjnym mogą wystąpić również niespotykane dotąd powikłania o nieznany przebieg i następstwach.

**prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnych skutków zabiegu jest niskie, zależy od lokalizacji i mechanizmu urazu oraz chorób przewlekłych pacjenta.**

**Nietypowe możliwe powikłania z operacją - martwica brzegów rany, zakażenie ogólnoustrojowe (sepsa), przetoka skórna, reakcja nadwrażliwości na szwy, nerwiak pourazowy, bliznowiec – prawdopodobieństwo wystąpienia jest niskie.**

#### **4. ROKOWANIA**

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanego zabiegu/ operacji jest w Pana/Pani przypadku:

duże     średnie     ograniczone

OPIS ZWIĘKSZONEGO RYZYKA POWIKŁAŃ W ZWIĄZKU ZE STANEM ZDROWIA PACJENTA

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

#### **Alternatywne metody leczenia**

Jeśli pacjent nie kwalifikuje się do operacji lub znieczulenia ogólnego ze względu na ogólny stan zdrowia można w wyjątkowych sytuacjach leczyć w znieczuleniu miejscowym.

Zalety szycia rany w znieczuleniu miejscowym to brak potrzeby ogólnego znieczulenia (miejscowo jest mniej obciążające), szybszy czas rekonwalescencji, mniejsze ryzyko powikłań związanych z narkozą, w większości przypadków brak konieczności hospitalizacji.

Do wad zaliczamy możliwość niepełnego znieczulenia, potrzeba współpracy dziecka, ból w trakcie znieczulenia (przy podawaniu środka znieczulającego), stres dziecka.

#### **Możliwe konsekwencje w przypadku rezygnacji z operacji**

Jeżeli nie wyrazi Pani/Pan zgody na proponowaną operację rokowanie co do stanu zdrowia dziecka Pani/Pana w przyszłości są następujące:

stan zapalny, możliwe procesy nowotworzenia, powiększanie się zmian skórnych

#### **5. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA OPERACJI, WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEJ TRWANIA**

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji.

Informujemy, że jeśli w toku wykonywania zabiegu operacyjnego wystąpią nieprzewidziane okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia pacjenta, a niemożliwym byłoby niezwłoczne uzyskanie zgody pacjenta (lub jego przedstawiciela ustawowego) na zmianę zakresu zabiegu to lekarz ma prawo zmienić zakres zabiegu w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności.

W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

Przy braku Pani/a zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani/a zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

## **6. OŚWIADCZENIE PACJENTA**

W pełni zrozumiałem/zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielone mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem/Panią ..... spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania,
- -celu oraz sposobie wykonania zabiegu
- -spodziewanych efektach zabiegu,
- -sposobie przygotowania do zabiegu
- proponowanych oraz alternatywnych metod leczniczych,
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania,
- wyników leczenia operacyjnego,
- rokowania,
- -zaleceń i przeciwwskazań
- -możliwych powikłań związanych z tym zabiegiem oraz ryzyko ich wystąpienia
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego

### **Zgadzam się na przeprowadzenie u mnie operacji**

**Chirurgiczne opracowanie rany** oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzenia operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia

Data i czytelny podpis pacjenta .....

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego .....

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

Zostałam poinformowana/poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia

Data i czytelny podpis pacjenta .....

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego .....

Niniejszym oświadczam, że w/w pacjent (ka) / przedstawiciel ustawowy pacjenta (ki) podpisał formularz po rozmowie i zapoznaniu się z treścią informacji zawartych w niniejszym formularzu w mojej obecności.

Data, pieczęć i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia

.....

Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z

powodu .....