



**INFORMACJA DLA PACJENTKI/PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY  
NA ZABIEG** Operacja zatoki szczękowej z dojścia podwargowego (Caldwell-Luca)

**1. Imię nazwisko:** .....

**2. PESEL:** .....

**3. RODZAJ OPERACJI:** Operacja prawej zatoki szczękowej z dojścia podwargowego (Caldwell-Luca)

**4. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI** Guz zatoki szczękowej

**5. PROPONOWANA METODA OPERACJI:** Wskazana jest w przewlekłym zapaleniu zatoki szczękowej w przypadku braku możliwości jej oczyszczenia na drodze endoskopowej lub w przypadku podejrzenia nowotworu w celu pobrania wycinka do badania histologicznego aby ustalić rozpoznanie lub usunięcia zmiany w całości. Może być wykonana w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym. Przy zaniechaniu leczenia możliwe jest pogorszenie stanu zdrowia (np. progresja ewentualnej choroby nowotworowej).

**Alternatywne metody: operacja metodą endoskopową (tzw. FESS)**

**6. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI:** ból, krwawienie, szcicie chirurgiczne, bliznowacenie w okolicy śluzówki j. ustnej, tamponada przednia nosa.

**7. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ**

Po zabiegu operacji zatoki szczękowej z dojścia podwargowego mogą wystąpić następujące następstwa lub powikłania

Częste lecz niegroźne

- Krwawienie wczesne (do 24h), może wymagać tamponady
- Krwawienie późne (najczęściej do 7 doby, rzadko-późniejsze), może wymagać tamponady
- Odma na twarzy, odma w obrębie powiek po stronie operowanej
- Obrzęk, zasinienie, ból w okolicy policzka, ropień policzka
- Zapalenie kości
- Dolegliwości o charakterze neuralgii nerwu podoczołowego
- Rozejście się rany w przedsionku jamy ustnej
- Bardzo rzadko: przetrwiała komunikacja (przetoka) pomiędzy zatoką a jamą ustną

Rzadkie lecz poważniejsze

- Masywne krwawienie wymagające podwiązania tętnicy na szyi

Szanowny Pacjencie, szpital jest miejscem, gdzie mogą bytować patogeny alarmowe, jak gronkowiec złocisty (*S. aureus*), acinetobacter, pałeczka okrężnicy (*E. coli*) i inne. Mimo dochowania ze strony personelu wszelkiej dbałości i staranności istnieje bardzo małe ryzyko zakażenia się tymi drobnoustrojami, co może wiązać się 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, zatory i zakrzepy żyłne, udar mózgu, zakażenie ogólnoustrojowe, zawał mięśnia sercowego, niewydolność oddechowa i zgon.

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

Ograniczone. Niekiedy chory wymaga reoperacji i poszerzenia marginesów cięcia.

## 9. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani/Pan zapytała nas o wszystko co chciałaby Pani/Pan wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Panią/Pana 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 musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co mogłoby stanowić dodatkowe obciążenie dla zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

## 11. OŚWIADCZENIE PACJENTKI/PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO

W pełni zrozumiałam(em) informacje zawarte 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 następstw tych metod lub ich zaniechania, wyników leczenia operacyjnego, rokowania, ewentualnego leczenia pooperacyjnego. Znane są mi możliwe powikłania związane z zabiegiem.

Bez zastrzeżeń (lub z poniższymi zastrzeżeniami) wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu: "Operacja zatoki szczękowej z dojścia podwargowego (Caldwell-Luca)" 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)/Opiekuna prawnego

**NIE ZGADZAM SIĘ na proponowany zabieg operacyjny.** Zostałem poinformowana(y) o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji.

.....

Data, podpis lekarza

.....

Data, podpis pacjentki(a)/Opiekuna prawnego

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

.....

Data, podpis lekarza