



**INFORMACJA DLA PACJENTKI/PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO ORAZ FORMULARZ
ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG ENDOSKOPIA ENDOSKOPIA GÓRNYCH DRÓG ODDECHOWYCH Z
POBRANIEM MATERIAŁU NA POTRZEBY HIST-PAT**

1. Imię nazwisko:

2. PESEL:

3. RODZAJ OPERACJI: **ENDOSKOPIA GÓRNYCH DRÓG ODDECHOWYCH Z
POBRANIEM MATERIAŁU NA POTRZEBY HIST-PAT**

4. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI **Podjęzanie zmian w okolicy nosogardła**

5. PROPONOWANA METODA: **Zobrazowanie przy pomocy fiberoskopu (giętki
endoskop) struktur górnych dróg oddechowych..Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu
miejsowym lub krótkim znieczuleniu ogólnym. Celem jest pobranie materiału na potrzeby
badania hist-pat.**

**Alternatywne metody: Endoskopia sztywnym narzędziem, laryngoskopia bezpośrednia w
znieczuleniu ogólnym**

6. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI:

ból, krwawienie

7. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

**Krwotok, zakażenie, ropienie badanej okolicy, obrzęk okolicy nasady nosa oraz krtani z
koniecznością intubacji lub wykonania tracheostomii, zab. przełykania, nosowanie.**

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.

8. ROKOWANIE

Ograniczone, gdyż jest to zabieg diagnostyczny. W przypadku niewyrażenia zgody może dojść do
opóźnienia diagnostyki ewentualnej choroby nowotworowej, progresja choroby oraz pogorszenie
rokowania, zgnou w wyniku rozsianej choroby nowotworowej.

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 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 rozumięłam(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: **"ENDOSKOPIA ENDOSKOPIA GÓRNYCH DRÓG ODDECHOWYCH Z POBRANIEM MATERIAŁU NA POTRZEBY HIST-PAT"** 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. Zostałam 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