

**INFORMACJA DLA PACJENTKI/A ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY  
NA ZABIEG OPERACYJNY**

**1. IMIĘ NAZWISKO** .....

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

**3. RODZAJ OPERACJI** nacięcie ropnia, drenaż oraz podanie antybiotyku do łoży po ropniu

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

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań stwierdzono u Pani/a następujące wskazania do operacji : ropień

**5. PROPONOWANA METODA OPERACJI**

Operacja polega na nacięciu ropnia oraz drenażu oraz podaniu antybiotyku do łoży po ropniu

Alternatywne metody leczenia : próba leczenia zachowawczego

**6. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI**

Ewakuacja treści ropnej.

Po wygojeniu się rany może pozostać blizna oraz zniekształcenie oraz może dojść do odnowienia się zmiany, co będzie skutkowało koniecznością reoperacji

Krwak powiek, obrzęk, umiarkowany świąd skóry w trakcie gojenia – są typowe po zabiegu.

**7. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ**

- nadmierna grubość blizny, bliznowiec
- krwawienie
- bolesność, dyskomfort
- uszkodzenie dróg łzowych
- przebarwienie skóry
- reakcja uczuleniowa na leki o różnym stopniu nasilenia
- zniekształcenie pooperacyjne okolicy ropnia
- zmniejszona lub zwiększona wrażliwość czuciowa, uszkodzenie nerwów

**8. ROKOWANIE**

*W medycynie niemożliwe jest udzielenie gwarancji skuteczności zastosowanej terapii.*

Jeżeli nie wyrazi Pani/n zgody na proponowany zabieg rokowanie co do Pani/na stanu zdrowia w przyszłości jest następujące: samoistna perforacja, możliwość rozwoju bakteriemii, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, zgonu.

**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/a wyjaśnienia można uzyskać u każdego lekarza zatrudnionego w naszym Ośrodku.

Chętnie odpowiemy na wszystkie pytania.

**10. ZASTRZEŻENIA PACJENTKI/A CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA OPERACYJNEGO**

.....  
.....

## **11. 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 operacji. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność.

Przy braku Pani/a zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani/a zdrowia.

## **12. 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 powyższymi zastrzeżeniami)**

**zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu operacyjnego nacięcia i drenażu ropnia** 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*

*podpis pacjentki/a albo uprawnionego opiekuna*

.....

.....

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

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*