Formularz Zgody na Leczenie Chirurgiczne

Rozpoznanie …….…… ICD-9……

Nazwa operacji……..ICD-10……..

Usunięcie guza podniebienia

To wycięcie fragmentu podniebienia miękkiego i/lub twardego a rozległość zabiegu zależy wyłącznie od wielkości guza. Zabieg prowadzony jest z dostępu przez jamę ustną. Wykorzystuje się specjalne rozwieracze, technikę laserową i roboty chirurgiczne. Drugim etapem zabiegu jest jak najlepsza rekonstrukcja podniebienia, aby choć częściowo odtworzyć jego funkcję. Okres gojenia jest zależny od rozległości guza i zastosowanej techniki cięcia. Okres gojenia może wymagać żywienia przez zgłębnik do żołądka przez 2-14 dni, w wybranych przypadkach wykonania czasowej tracheotomii i założenie kaniuli do dużej żyły (kontakt centralny). W wybranych przypadkach do gardła na 24 godziny zakładana jest tamponada i chory pozostaje przez ten czas uśpiony. Funkcja połykania i odżywiania przez usta powraca po około 1- 2 tygodniach. Operacja może wymagać przetoczenia krwi. Zabieg w gardle w większości przypadków jest połączony na szyi – z jedno lub obustronnym usunięciem węzłów chłonnych.

Zabieg operacyjny będzie wykonywany zgodnie z dostępną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności. Zabieg operacyjny przeprowadza się w ramach konkretnych warunków sprzętowych, lokalowych i finansowych, którymi szpital w danym momencie. Zabiegi operacyjne mogą być powiązane z różnym procentowo ryzykiem powikłań (możliwość wystąpienia kilku czynników z niżej wymienionych):

1) zależnym od indywidualnych warunków pacjenta (w szczególności takie jak stan ogólny, choroby towarzyszące, schorzenia przewlekłe, warunki anatomiczne),
2) zależnym od pory roku (w szczególności takie jak okres infekcji jesienno-zimowych, ponadnormatywnie wysokie temperatury latem),
3) zależnym od czynników zewnętrznych, niespodziewanych i niemożliwych do przewidzenia (w szczególności takie jak zwiększona zakaźność w stanie epidemii, klęski żywiołowe).

Zabieg operacyjny przeprowadza się w warunkach wywiadu przedoperacyjnego z pacjentem przy założeniu pełnej współpracy ze strony pacjenta i jego rodziny, gdy została ona upoważniona do współdziałania i udzielania informacji dotyczących indywidualnych warunków pacjenta. Informacje nieudzielone lekarzowi, a mogące okazać się istotne dla przebiegu zabiegu, wielokrotnie zwiększają ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych w trakcie zabiegu.

Główne przeciwwskazania do wdrożenia proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej

- Nadciśnienie tętnicze
- Zaburzenia krzepnięcia
- Niewydolność krążenia
- Brak kwalifikacji anestezjologicznej do operacji w znieczuleniu ogólnym
- Guz nieresekcyjny, czyli niemożliwy do usunięcia wraz z marginesem tkanek niezmienionych

Alternatywne metody leczenia lub metody diagnostyczne

Radioterapia lub radiochemioterapia

Dające się przewidzieć powikłania zastosowanego leczenia

W trakcie lub po zabiegu mogą wystąpić następujące powikłania, które choć nie są wynikiem błędu zdarzają się z różną częstością:

Częste, lecz niegroźne:

- Krwawienie wczesne z gardła lub rany operacyjnej na szyi
- Krwawienie późne z rany operacyjnej (najczęściej do 7 doby), rzadko: obfite, wymagające powtórnej tamponady
- Obrzęk w gardle, ból okolicy całej szyi, krwiak na szyi
- Odma podskórna
- Odtrąbkowe zapalenie ucha środkowego
- Ze względu na trwałą zmianę anatomii zaburzenia połykania (na ogół niewielkie), zmiana barwy głosu, zaburzenia artykulacji (pogorszenie wymowy)
- Dolegliwości neuralgiczne w gardle związana z drażnieniem nerwu językowo-gardłowego
- Niedowład podniebienia, niewydolność podniebienno-gardłowa, przedostawanie się płynów do nosa,
- Zaburzenie ruchomości ramienia,
- Niedowład nerwu XI, XII,
- Zaburzenia węchu

Rzadkie, poważniejsze:

- Obrzęk krtani, pogorszenie komfortu oddychania, rzadko: tak znaczny, że wymaga pilnej tracheotomii (otworu do oddychania w przedniej części szyi)
- Zapalenie tkanki przedkręgowej z podrażnieniem kręgosłupa.
- Odma śródpiersiowa, zapalenie śródpiersia
- Zrosty pomiędzy podniebieniem a tylną ścianą gardła, w skrajnych przypadkach całkowita blokada nosogardła z niedrożnością nosa.

Po każdym rozległym zabiegu chirurgicznym mogą wystąpić poważne powikłania wyjątkowo rzadkie, opisywane w pojedynczych przypadkach na świecie:

- Zapalenie płuc, zatory i zakrzepy żylne, udar mózgu, zakażenie ogólnoustrojowe, zawał mięśnia sercowego, niewydolność oddechowa i zgon.

Wymieniono większość 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.

Operacja może wymagać przetoczenia krwi.

Dające się przewidzieć następstwa zaniechania proponowanego leczenia

Rozwój nowotworu.

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji w przypadku Pana/Pani/Dziecka:

☐ duże ☐ średnie ☐ ograniczone

Oczekiwane korzyści /skutki odległe proponowanego leczenia

Poprawa jakości życia, komfortu oddychania i połykania oraz artykulacji.

Jeżeli macie Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia prosimy o wpisanie ich poniżej:

……. …….

……. ……..

☐ **Brak pytań**

……
podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

……
dodatkowy podpis pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat

OŚWIADCZENIA PACJENTA

☐ Oświadczam, że rozumiem cel przeprowadzenia zabiegu, a w trakcie przedstawionych mi wyjaśnień miałem/am nieskrępowaną możliwość zadawania pytań i otrzymałem/am na nie zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi.

☐ Oświadczam, że treść zgody została mi przedstawiona przed przystąpieniem do leczenia, a czas, który upłynął między przekazaniem treści zgody a wykonaniem świadczenia był w zupełności wystarczający, abym mógł/mogła w sposób w pełni dla mnie zrozumiały zapoznać się z jej treścią.

☐ **Wyrażam zgodę** na wykonanie wszelkich niezbędnych badań i czynności zmierzających do lub związanych z przeprowadzeniem zabiegu, znieczulenie ogólne oraz dysponowanie tkankami, które zostaną usunięte.

☐ **Wyrażam zgodę** na wykonywanie i przechowywanie niezbędnej dokumentacji medycznej.

☐ **Wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mojego dziecka/ u mnie wskazanego zabiegu oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzenia zabiegu - w razie niebezpieczeństwa - utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.**

Przy braku Pana(i) zgody, zabieg operacyjny Pana(i) dziecka musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla zdrowia Pana(i) dziecka. Konieczne byłoby wówczas ponowne znieczulenie. Brak zgody nie ogranicza możliwości zmiany/rozszerzenia zabiegu w przypadku, gdy zwłoka w podjęciu działań groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Oświadczenie pobrano:

data ____ /____ /_____ godzina: ____ : ____ Miejscowość: _____

……
Czytelny podpis pacjenta/ Przedstawiciela ustawowego

……
Podpis i pieczęć lekarza odbierającego oświadczenie

……
Podpis pacjenta, który ukończył 16 lat

☐ **Nie wyrażam zgody** na proponowany mi zabieg operacyjny.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego życia i zdrowia.

(Uzasadnienie przez pacjenta odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanego zabiegu):

……

……..

…

Oświadczenie pobrano:

data ____ /____ /_____ godzina: ____ : ____ Miejscowość: _____

……

Czytelny podpis pacjenta/ Przedstawiciela ustawowego

……

Podpis i pieczęć lekarza odbierającego oświadczenie

……

Podpis pacjenta, który ukończył 16 lat