Formularz Zgody na Leczenie Chirurgiczne

Rozpoznanie: Przewlekłe zapalenie zatok **ICD-10: J32.0**

Nazwa operacji: Funkcjonalna endoskopowa chirurgia zatok przynosowych (FESS) ICD-9: 22.53

Zabieg wskazany jest w przewlekłym zapaleniu zatok przynosowych. Polega na usunięciu z nosa, z komórek sitowych, zatok szczękowych, czołowych i klinowych polipów, tkanek zapalnych, nieprawidłowych przegród kostnych, odblokowaniu ujść naturalnych zatok, wypłukaniu zatok i usunięciu patologicznej wydzieliny (ropy, mas grzybiczych, treści zastoinowej). Można jednoczasowo wykonać wyprostowanie przegrody nosa i zmniejszyć małżowiny nosowe dolne (o ile jest to konieczne). Zabieg wykonywany jest zawsze w znieczuleniu ogólnym i:

- przywraca drożność nosa, poprawia wentylację zatok przynosowych i węch (o ile brak węchu nie trwał latami),
- pozwala na złagodzenie zatoko-pochodnych bólów głowy, ale nie zabezpiecza przed odrostem polipów w przypadku alergii,
- nie jest skuteczny w przypadku przewlekłego ściekania wydzieliny po tylnej ścianie gardła.

FESS jest zabiegiem wieloetapowym i złożonym, a jego zakres zależy od rozległości zmian. Nie wszystkie etapy muszą być wykonywane w Pana/Pani przypadku.

Etapy zabiegu:

1. Usunięcie wyrostka haczykowatego.
2. Poszerzenie ujścia zatoki szczękowej.
3. Otwarcie sitowia przedniego i zachyłka czołowego.
4. Otwarcie sitowia tylnego.
5. Otwarcie zatoki klinowej.

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 dysponuje 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

- Nadciśnienie tętnicze
- Niewydolność krążenia
- Nieleczone POCHP
- Brak kwalifikacji anestezjologicznej do operacji w znieczuleniu ogólnym

Alternatywne metody leczenia

- brak alternatywnych – efektywnych - metod leczenia

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 (do 24h), może wymagać tamponady,
- krwawienie późne (najczęściej do 7 doby, rzadko – późniejsze), może wymagać tamponady,
- odma na twarzy, odma w obrębie powiek,
- obrzęk, zasinienie, ból w okolicy nosa i oczodołu, zapalenie tkanek oczodołu,
- zapalenie kości, nawroty infekcji,
- formowanie się strupów, skrzepów, ewakuacja fragmentów tkanek, nieprzyjemny zapach,
- konieczność oczyszczania nosa i nakładania maści,
- rozwój zrostów wewnątrznosowych,
- dolegliwości o charakterze neuralgii,
- ponowny odrost polipów lub przerost tkanek zapalnych (przy nawracających infekcjach),
- bardzo rzadko: trwały brak węchu po zabiegu.

Rzadkie, lecz poważniejsze:

- masywne krwawienie wymagające podwiązania tętnicy na szyi,
- bardzo rzadko: krwiak oczodołu,
- bardzo rzadko: uszkodzenie nerwu wzrokowego,
- utrwalone objawy ze strony oczodołu: zaburzenia widzenia (dwojenie), łzawienie,
- płynotok, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, konieczność przeprowadzenia zabiegu naprawczego,
- bardzo rzadko: krwawienie z zatoki jamistej,
- bardzo rzadko: odma środczaszkowa z koniecznością zabiegu neurochirurgicznego,
- bardzo rzadko: ślepota oka po stronie operowanej,
- bardzo rzadko: skaleczenie i krwotok z tętnicy szyjnej wewnętrznej.

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

Narastające problemy z oddychaniem przez nos, pogorszenie stanu zdrowia.

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

☐ duże ☐ średnie ☐ ograniczone

Oczekiwane korzyści /skutki odległe proponowanego leczenia

Poprawa jakości oddychania i życia

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

……

……

☐ **Brak pytań**

……
podpis pacjenta lub przedstawiciela/li ustawowego/ych

……
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 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