Formularz Zgody na Leczenie Chirurgiczne

Rozpoznanie ……ICD-9 …….

Nazwa operacji: ……..ICD-10 ……..

Operacja ślinianki podżuchwowej

Polega na usunięciu ślinianki z powodu guza lub przewlekłego stanu zapalnego, najczęściej na tle kamicy. Operacja jest prowadzona w znieczuleniu ogólnym. Cięcie skórne jest kosmetyczne, równoległe do gałęzi żuchwy. W guzach łagodnych, nawet małych, zawsze usuwamy całą śliniankę.

Jeżeli mamy do czynienia z guzem złośliwym wymagane jest poszerzenie zabiegu o szeroką resekcję tkanek otaczających i węzłów. Wówczas zakres operacji może objąć przeponę dna jamy ustnej, skórę, gałąź brzeżną nerwu twarzowego, nerw językowy i podjęzykowy, fragment żuchwy.

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
- 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

- 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, wymagające rewizji rany
- Obrzęk, zasinienie, ból w okolicy podżuchwowej, krwiak tkanek miękkich szyi
- Obrzęk i/lub krwiak w okolicy dna jamy ustnej
- Zaburzenia czucia w obrębie języka po podrażnieniu nerwu językowego
- Przejściowe porażenie gałązki brzeżnej nerwu twarzowego
- Nawrót dolegliwości o charakterze obrzęku okolicy podżuchwowej spowodowany blizną
- Rzadko trwałe porażenie gałązki brzeżnej nerwu twarzowego
- Rzadko niedowład nerwu podjęzykowego
- Rzadko nawrót dolegliwości przy pozostawieniu złogu w przewodzie wyprowadzającym na dnie jamy ustnej

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

Pogorszenie stanu ogólnego

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

☐ duże ☐ średnie ☐ ograniczone

Oczekiwane korzyści /skutki odległe proponowanego leczenia

Poprawa jakości życia.

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