



KLINIKA NEUROCHIRURGII I NEUROLOGII
ODDZIAŁ NEUROCHIRURGII

Kierownik Kliniki: dr hab. n. med. Paweł Sokal, prof. UMK
 Sekretariat - tel. 52 3655 505, tel./fax: 52 3655 774, e-mail: neurochirurgia@biziel.pl

Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy, 85-168 Bydgoszcz ul. Ujejskiego 75
Formularz ŚWIADOMEJ ZGODY

na przeprowadzenie operacji rewizji rany pooperacyjnej

Imię i nazwisko pacjenta/pacjentki:

PESEL:

Nr historii choroby:

Na podstawie przeprowadzonych badań rozpoznano u Pana/Pani lub istnieje podejrzenie:

.....

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie operacji rewizji rany pooperacyjnej, oczyszczenia jej oraz założenia gąbki gentamycynowej z drenażem tkanki podskórnej w celu leczenia objawów ropnia tkanki podskórnej. Operacja zostanie przeprowadzona w znieczuleniu ogólnym na sali operacyjnej wyposażonej w odpowiedniej jakości aparaturę medyczną umożliwiającą bezpieczne jej przeprowadzenie. Wskazania do operacji poparte są brakiem skuteczności innych metod leczenia zastosowanych dotychczas. W trakcie operacji może nastąpić uszkodzenie korzeni nerwowych co może doprowadzić do nieodwracalnego uszkodzenia funkcji ruchowych i czuciowych z nimi związanych. Te powikłania mogą skutkować niedowładami lub porażeniami mięśni kończyn dolnych, zaburzeniami kontroli zwieraczy przewodu pokarmowego lub dróg moczowych, zaburzeniami funkcji seksualnych, zaburzeniami czucia. Niektóre z powikłań operacji mogą zagrażać życiu pacjenta. Przebieg operacji może wywołać zmiany w zaplanowanych czynnościach, co może skutkować zawężeniem lub poszerzeniem zakresu operacji. Może zostać podjęta decyzja o założeniu pod koniec procedury drenażu płynu mózgowo-rdzeniowego, który będzie utrzymywany przez kilka następných dni. Należy się liczyć z tym, że mimo kwalifikacji do operacji zgodnej z zasadami wynikłymi z praktyki klinicznej zabieg może nie przynieść satysfakcjonującej poprawy klinicznej i może wystąpić konieczność wykonania następnej operacji.

W pełni zrozumiałem informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem:

(imię i nazwisko lekarza)

spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat rozpoznania, proponowanych i alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych oraz dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania, rokowania i ewentualnej rehabilitacji. Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.

Bez zastrzeżeń (lub z poniższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu

.....

(rodzaj zabiegu/badania)

.....

(zastrzeżenia)

oraz jego ewentualne zmiany , które okażą się niezbędne w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

.....

(data)

(podpis pacjenta)

.....

(podpis i pieczętka lekarza)

Nie zgadzam się na proponowane mi badanie/zabieg operacyjny

.....

(rodzaj badania/zabiegu)

Zostałem poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji

dla mojego zdrowia i życia.

.....

(data)

(podpis pacjenta)

.....

(podpis i pieczętka lekarza)