

## Świadoma zgoda na leczenie operacyjne

**Imię i nazwisko:** .....

**PESEL:** .....

**Rozpoznanie:** .....

**Nazwa operacji: Artroskopia z rekonstrukcją więzadła krzyżowego przedniego stawu kolanowego**

Artroskopia to metoda diagnostyczno – lecznicza polegająca na wprowadzeniu do wnętrza stawu urządzenia zwanego artroskopem, który umożliwia lekarzowi obejrzenie powierzchni stawowych kości oraz struktur wewnątrzstawowych. Artroskop jest wyposażony w źródło światła (światłowód), kamerę oraz przewód do doprowadzania i odprowadzania płynów. Staw zostaje oświetlony od wewnątrz intensywnym „zimnym światłem”. Następnie obraz z kamery przesyłany jest do monitora. W celu rozszerzenia stawu i ułatwienia ortopedzie pracy stosuje się roztwór soli fizjologicznej wprowadzony dostawowo. Przed zabiegiem zostają przeprowadzone odpowiednie badania laboratoryjne oraz obrazowe. Przed zabiegiem nie należy nic jeść ani pić. Tuż przed zabiegiem pacjent otrzymuje znieczulenie. Następnie lekarz wykona kilka małych nacięć (punktów dostępu). Przez jedno z nacięć do środka stawu wprowadza się artroskop. Często może również od razu wyleczyć schorzenia stawu za pomocą specjalnych narzędzi wprowadzonych przez pozostałe otwory. Najczęściej stosowane sposoby leczenia:

1. W przypadku rozpoznania uszkodzenia łąkotki stawu kolanowego ortopeda może usunąć lub zszyć uszkodzoną łąkotkę w zależności od rodzaju uszkodzenia.
2. W przypadku rozpoznania uszkodzenia więzadła krzyżowego przedniego stawu kolanowego ortopeda może odtworzyć uszkodzone więzadło krzyżowe przednie. Uszkodzone więzadło zastępuje się przeszczepem. Przeszczep może pochodzić najczęściej z więzadła rzepki, ścięgien mięśni półścięgnistego i smukłego lub innego źródła.
3. W przypadku uszkodzenia chrząstki stawowej ortopeda może wygładzić nierówności chrząstki poprzez usunięcie z jej powierzchni zniszczonej warstwy. Może również spiłować odsłoniętą kość, pobudzić rekonstrukcję ubytków metodą mikroślamań, a także usunąć wszelkie możliwe luźne fragmenty tkanek.
4. W przypadku uszkodzenia rzepki ortopeda może wygładzić chrząstkę pod rzepeką poprzez usunięcie jej uszkodzonych fragmentów. W przypadku przemieszczenia rzepki może dokonać przecięcia jej troczków. Zabieg ten nosi nazwę bocznego uwolnienia rzepki.

### **Szanowny pacjencie,**

Każdy zabieg chirurgiczny (operacja) może wiązać się z następstwami, które są wynikiem choroby i leczenia i mają prawo wystąpić, oraz z powikłaniami, które choć nie są wynikiem błędu to są zdarzeniami niepożądanymi, niemniej należy się z nimi liczyć.

Po zapoznaniu się z formularzem proszę potwierdzić zgodę na zabieg własnoręcznym, czytelnym podpisem.

Możliwe następstwa lub powikłania:

- krwawienie z wytworzeniem krwiaka,
- obrzęk operowanego stawu,
- infekcja (zakażenie), zarówno tkanek miękkich w okolicy operowanej, jak i kości,
- przetoka,
- zaburzenia czucia,
- ból w miejscach dostępu operacyjnego,
- obluźowanie i niewydolność wprowadzonego przeszczepu lub materiału stabilizującego,
- możliwość zakrzepicy,

Po każdym zabiegu operacyjnym mogą wystąpić poważne powikłania ogólne jak: zapalenie płuc, zatory i zakrzepy żyłne, udar mózgu, zawał mięśnia sercowego, zakażenie ogólnoustrojowe, niewydolność oddechowa, uogólniona reakcja uczuleniowa i zgon.

Wymieniono większość następstw i 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 zgłaszać się do lekarza prowadzącego.

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

**Alternatywne metody leczenia:**

Leczenie nieoperacyjne polegające na fizykoterapii, kinesiotapingu oraz rehabilitacji ruchowej nakierowanej na poprawę kontroli motorycznej oraz stabilności stawu kolanowego.

**Rokowania:**

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani/Pana przypadku:

duże                                       średnie                                       ograniczone

**Oświadczenia:**

**Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam\* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób.**

W pełni zrozumiałem/łam\* informacje zwarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań, na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam\* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam\* poinformowany/na\* o:

- rozpoznaniu,
- proponowanych oraz alternatywnych metodach diagnostycznych i leczniczych,
- dających się przewidzieć następstwach zastosowania tych metod lub ich zaniechania,
- wynikach leczenia operacyjnego,
- rokowaniu
- leczeniu pooperacyjnym.

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

**Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie opisanej procedury medycznej. Wyrażam także zgodę na zmianę/rozszerzenie zabiegu operacyjnego w razie wystąpienia takowej konieczności.**

Data i podpis pacjenta .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Data i podpis lekarza.....

**Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej. Zostałem/am\* poinformowany/a\* o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.**

Data i podpis pacjenta .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej /zabiegu.)