

Imię i nazwisko: .....

PESEL: ..... nr ks. gł. ....

Rozpoznanie: .....

Nazwa operacji: **miejscowe podanie osocza bogatopłytkowego**

Przed zabiegiem zostanie pobrana krew, która zostanie poddana wirowaniu, zgodnie ze specyfikacją urządzenia. Po przygotowaniu pola operacyjnego, zostanie podane/wstrzyknięte osocze bogatopłytkowe, zgodnie z przyjętą techniką operacyjną. Zostanie założony opatrunek jałowy. Zabieg będzie przeprowadzony zgodnie z przyjętymi w szpitalu procedurami profilaktyki zakażeń. Po zabiegu będzie Pani/Pan odczuwać ból w okolicy miejsca podania koncentratu. Konieczna będzie pooperacyjna rehabilitacja i usprawnianie, w dużej mierze zależna od Pani/Pana motywacji i zaangażowania, która będzie miała istotny wpływ na wynik całego procesu leczniczego oraz ostateczny powrót do zdrowia.

**Szanowny pacjencie,**

Każdy zabieg chirurgiczny (operacja) może wiązać się z następstwami, które są wynikiem choroby, leczenia i mają prawo wystąpić, oraz z powikłaniami, które choć nie są wynikiem błędu, to są zdarzeniami niepożądanymi i należy się z nimi liczyć. Na stopień ryzyka wystąpienia powikłań składa się wiele czynników, między innymi: zaawansowanie choroby, stan zdrowia chorego, nikotynizm itp., dlatego też niektórych z nich nie można przewidzieć. Operator oraz cały zespół dochowa wszelkiej staranności w celu bezpiecznego przeprowadzenia planowanego zabiegu.

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

**Możliwe następstwa lub powikłania:**

- krwawienie z wytworzeniem krwiaka,
- obrzęk operowanej okolicy,
- infekcja (zakażenie) zarówno tkanek miękkich w okolicy operowanej, jak i kości,
- niezamierzone uszkodzenia mięśni, ścięgien, nerwów oraz naczyń krwionośnych operowanej okolicy,
- miejscowe reakcje alergiczne,
- brak poprawy po zabiegu.

Po każdym zabiegu operacyjnym mogą wystąpić poważne powikłania ogólne jak: zapalenie płuc, zatory i zakrzepy żyłne, udar mózgu, zawał mięśnia sercowego, zakażenia ogólnoustrojowe, niewydolność oddechowa, uogólniona reakcja uczuleniowa, 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 wszelkimi pytaniami i wątpliwościami należy zgłaszać się do lekarza prowadzącego.

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

### **Alternatywne metody leczenia:**

- leczenie nieoperacyjne polegające na fizykoterapii, kinesiotapingu, podawaniu niesteroidowych leków przeciwzapalnych, suplementacji diety, leczeniu przeciwbólowym, a także rehabilitacji ruchowej.

### **Rokowania:**

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani/Pana przypadku:

duże                        średnie                        ograniczone

### **Oświadczenia:**

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

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

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałam/łem\* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałam/łem\* poinformowana/ny\* 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 (godzinowa) i podpis pacjenta: .....

Data (godzinowa) i podpis przedstawiciela ustawowego: .....

Data (godzinowa) i podpis lekarza: .....

**Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej. Zostałam/łem\* poinformowana/y\* o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.**

Data (godzinowa) i podpis pacjenta: .....

Data (godzinowa) i podpis przedstawiciela ustawowego: .....

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