

# ZGODA NA PUNKCJĘ ZATOKI SZCZĘKOWEJ

## Dane identyfikujące jednostkę medyczną

.....

### I. Lekarz prowadzący

.....

Imię i nazwisko lekarza prowadzącego

### II. Osoby uprawnione do wyrażenia zgody

Imię i nazwisko PACJENTA

.....

Numer pesel PACJENTA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię i nazwisko PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

.....

Numer PESEL / data urodzenia PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### III. Rozpoznanie

Zapalenie zatok przynosowych jest procesem zapalnym obejmującym błonę śluzową nosa i przynajmniej jedną zatokę przynosową.

Objawy zapalenia zatok przynosowych to:

- upośledzenie drożności nosa,
- wydzielina śluzowo - ropna z nosa (w jamach nosa bądź na tylnej ścianie gardła)
- ból lub uczucie pełności w obrębie twarzy, policzka, zębów, ból głowy
- upośledzenie lub utrata węchu

Na podstawie zgłaszanych dolegliwości oraz przeprowadzonego badania laryngologicznego i zdjęcia RTG zatok/TK lekarz stwierdził u Pana/Pani ostre zapalenie zatoki szczękowej z obecnością płynu (treści ropnej, śluzowej, innej) w jej świetle. Aby ewakuować zalegającą treść z zatoki należy przepłukać ją roztworem soli fizjologicznej po uprzednim założeniu do zatoki igły punkcyjnej (wykonać punkcję zatoki szczękowej).

#### IV. Nazwa proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej

PUNKCJA ZATOKI SZCZĘKOWEJ

#### V. Opis proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej

Zabieg przeprowadza się w znieczuleniu miejscowym powierzchniowym, które ma na celu zniesienie bólu w operowanej okolicy ciała i nie jest związane z pozbawieniem świadomości. Polega ono na podaniu środka miejscowo znieczulającego, zazwyczaj w formie sprayu lub sączków do jam nosa. Następnie lekarz wprowadza przez nos do zatoki igłę punkcyjną i za pomocą soli fizjologicznej lub preparatów bakteriobójczych przepłukuje światło zatoki. W trakcie zabiegu wydzielina może być pobrana, bo badania bakteriologicznego.

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 dany oddział/szpital/jednostka organizacyjna 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.

#### VI. Główne przeciwwskazania do wdrożenia proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej

Względny przeciwwskazaniem do zabiegu jest:

- Przyjmowanie na stałe leków zmniejszających krzepliwość krwi
- wrodzone i nabyte skazy krwotoczne
- uczulenie na środki miejscowo znieczulające

#### VII. Alternatywne metody leczenia lub metody diagnostyczne

Alternatywną, lecz mniej skuteczną metodą leczenia jest anemizacja błony śluzowej jamy nosa w celu odblokowania ujścia naturalnego zatoki szczękowej lub przepłukiwanie nosa gotowymi zestawami do płukania.

#### VIII. Dające się przewidzieć następstwa zastosowania leczenia lub metody diagnostycznej

Szanowny pacjencie, każdy zabieg chirurgiczny (operacja) może wiązać się: Po  
Przy zabiegu **punkcji** mogą wystąpić następujące następstwa lub powikłania:

Wyjątkowo rzadkie, opisywane w pojedynczych przypadkach na świecie:

Zawał mięśnia sercowego, udar mózgu, zator lub zakrzep, zgon

Rzadkie, lecz niegroźne:

- Krwawienie wczesne (do 24h), może wymagać tamponady
- Krwawienie późne (najczęściej do 7 doby, rzadko-późniejsze), może wymagać ponownej tamponady
- Odma na twarzy, odma w obrębie powiek
- Obrzęk, zasinienie, ból w okolicy nosa i oczodołu, czoła, zapalenie tkanek oczodołu

Rzadkie, lecz dużo poważniejsze:

Dolegliwości ze strony gałki ocznej, zaburzenia widzenia

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 się zgłaszać do lekarza prowadzącego.

Operacja może wymagać przetoczenia krwi.

**IX. Dające się przewidzieć następstwa zaniechania proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej**

Rezygnacja z proponowanego leczenia niesie za sobą możliwość wystąpienia powikłań zatokopochodnych takich jak: obrzęk zapalny powiek, ropień i ropowica oczodołu, zakrzep zatoki jamistej, zapalenie opon mózgowo- rdzeniowych, ropień mózgu.

**X. Oczekiwane korzyści /skutki odległe / rokowania proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej**

Wykonanie punkcji zatoki szczękowej ułatwia ewakuację wydzieliny ze światła zatoki, co prowadzi do poprawy stanu zdrowia chorego (ustąpienie dolegliwości bólowych, poprawa drożności nosa).

**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 (zgoda podwójna- zgoda pacjenta małoletniego oraz jego przedstawiciela ustawowego)

## OŚWIADCZENIA PACJENTA

1. **Oświadczam**, iż zapoznałem/łam\* się z treścią niniejszego formularza i w pełni zrozumiałem informacje w nim zawarte oraz te przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem,

.....  
Imię i nazwisko lekarza

który poinformował mnie o rozpoznaniu, rodzaju proponowanego zabiegu /procedury medycznej, o sposobie jego /jej przeprowadzenia, o następstwach i powikłaniach mogących wystąpić podczas i po zabiegu/wykonaniu procedury medycznej, przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu/procedury medycznej, alternatywnych metodach diagnostycznych i leczniczych, wynikach leczenia, rokowaniu.

2. **Oświadczam**, iż podczas rozmowy z lekarzem miałem/łam\* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam\* na nie przystępne, zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi.

3. **Oświadczam**, że podczas wywiadu lekarskiego i badania przekazałem wszystkie i prawdziwe informacje o przebytych, leczonych i nieleczonych dolegliwościach, schorzeniach i chorobach a także nałogach, przyjmowanych lekach, wiadomych mi uczuleniach i alergiach oraz o zabiegach i operacjach, którym zostałem poddany w przeszłości oraz schorzeniach i chorobach członków mojej najbliższej rodziny.

**Zgadzam się** na przeprowadzenie u mnie wskazanego zabiegu /procedury medycznej oraz jego/jej ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzenia zabiegu/procedury medycznej w razie niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Wyrażam zgodę na wykonanie wszelkich niezbędnych badań i czynności zmierzających do lub związanych z przeprowadzeniem zabiegu, w tym na znieczulenie miejscowe, znieczulenie ogólne i podanie krwi lub produktów krwiopochodnych (o ile zaistnieje taka potrzeba) oraz dysponowanie tkankami, które zostaną usunięte. Wyrażam zgodę na wykonywanie i przechowywanie niezbędnej dokumentacji medycznej.

**Potwierdzam i zapewniam**, że składaam niniejsze oświadczenie świadomie i swobodnie tak, co do powzięcia decyzji jak i wyrażenia woli

Zgodę pobrano:                      data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_                      godzina: \_\_\_ : \_\_\_                      Miejsce: \_\_\_\_\_

<b>OZNACZENIE LEKARZA ODBIERAJĄCEGO ZGODĘ</b> (data, podpis i pieczętka lekarza)	<b>IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA</b> (wypełnić drukowanymi literami lub umieścić naklejkę – identyfikator pacjenta z CRIP)	<b>PODPIS PACJENTA</b> , także małoletniego*, który ukończył 16 lat	<b>PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO</b> (w sytuacji, gdy pacjent jest małoletni*/ ubezważasnowolniony /niezdolny do świadomego wyrażenia zgody)

\* Uwaga zgoda podwójna tj. zgoda pacjenta oraz jego przedstawiciela ustawowego wymagana jest, gdy pacjent ukończył 16 rok życia)

**Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny/procedurę medyczną.**

**Oświadczam, że zostałem poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego życia i zdrowia.**

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

.....  
.....

Zgodę pobrano:                      data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_                      godzina: \_\_\_ : \_\_\_                      Miejsce: \_\_\_\_\_

--	--	--	--

<b>OZNACZENIE LEKARZA ODBIERAJĄCEGO ZGODĘ</b> (data, podpis i pieczęć lekarza)	<b>IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA</b> (wypełnić drukowanymi literami lub umieścić naklejkę – identyfikator pacjenta z CRIP)	<b>PODPIS PACJENTA</b> , także małoletniego*, który ukończył 16 lat	<b>PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO</b> (w sytuacji, gdy pacjent jest małoletni*/ ubezważnowolniony /niezdolny do świadomego wyrażenia zgody)
------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*\*Podpis pacjenta/ opiekuna musi być „własnoręczny” i umożliwiający identyfikację (z wyłączeniem szczególnych sytuacji)*