

ZGODA NA LECZENIE CHIRURGICZNE

REPOZYCJA I ZESPOLENIE ODŁAMÓW ZŁAMAŃ TWARZOWEJ CZĘŚCI CZASZKI (REPOZYCJA I OSTEOSYNTeza)

- złamania górnego i środkowego piętra twarzy, dotyczy złamanie czołowo-oczodołowo-nosowe, czaszkowo-oczodołowe, dyslokacja oczodołowo-nosowa, przemieszczenie górnego masywu twarzy, złamanie izolowane dna oczodołu, złamanie jarzmowo-oczodołowe i jarzmowo-szczękowo-oczodołowe

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

IV. Nazwa proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej

Operacyjne leczenie złamań twarzowej części czaszki polega na repozycji i osteosyntezie mini płytkowej złamanych fragmentów kostnych z możliwą rekonstrukcją uszkodzonych tkanek, w przebiegu złamań czołowo-oczodołowo-nosowych, czaszkowo-oczodołowych, oczodołowo-nosowych, przemieszczeń górnego masywu twarzy, złamań izolowanych dna oczodołu, złamań,

V. Opis proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej

Polega na wykonaniu repozycji złamanych fragmentów kości części twarzowej czaszki, a w przypadku braku stabilizacji po repozycji, na zespoleniu odłamów za pomocą specjalnych płytek i śrub tytanowych, dodatkowo, w niektórych przypadkach istnieje możliwość rekonstrukcji uszkodzonych tkanek przy pomocy materiałów takich jak kość własna, tytanowe płytki, płytki PDLA lub resorbowalny materiał – spongostan.

Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu ogólnym.

Jest to zabieg wykonywany w trybie pilnym lub planowym przyspieszonym.

Trudność techniczna i liczba powikłań rośnie wraz z liczbą dni, które upłynęły od urazu. Krytyczny czas zwłoki to około 14 dni.

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

Zarówno wskazania jak i przeciwwskazania ustalane są dla pacjenta indywidualnie,

VII. Alternatywne metody leczenia lub metody diagnostyczne

Nie w każdym przypadku można zaproponować pacjentowi leczenie alternatywne. W części przypadków złamań alternatywę stanowić może leczenie zachowawcze lub zachowawczo ortopedyczne np. obserwacja, dieta płynna, farmakoterpia

VIII. Dające się przewidzieć następstwa zastosowania leczenia lub metody diagnostycznej

Szanowny Pacjencie, każdy zabieg chirurgiczny (operacja) może wiązać się:

- z następstwami, które są wynikiem choroby lub leczenia (mogą wystąpić na każdym etapie diagnostyki i leczenia)
- z powikłaniami, które choć nie są wynikiem błędu to są zdarzeniami niepożądanymi (występują z różną częstością).

Po zabiegu mogą wystąpić następujące następstwa lub powikłania:

Wyjątkowo rzadkie, opisywane w pojedynczych przypadkach na świecie:

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

Częste:

- Obrzęk, ból
- Krwawienie – wczesne (w 1dniu)
- Krwawienie późne (w dniach kolejnych, głównie do 7 doby, ale może być też w późniejszym czasie)
- Szczękocisk
- Zaburzenia czucia skórno
- Pooperacyjne zaburzenia widzenia związane z krwiakiem i obrzękiem

Rzadkie:

- silne krwawienie wymagające ponownej interwencji
- upośledzenie ruchomości w obrębie mięśni odpowiedzialnych za mimikę twarzy
- zranienie tkanek miękkich
- upośledzenie drożności dróg łzowych i upośledzenie drożności jam nosa
- uszkodzenie nerwu trójdzielnego, twarzowego lub wzrokowego,
- rozejście brzegów rany

- powikłania zapalne związane z obecnością minipłytek tytanowych
- zaburzenia widzenia łącznie z upośledzeniem ruchomości gałek ocznych
- opadanie powiek oka
- uszkodzenia zębów
- pourazowe zaburzenia zgryzu

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

Przy zaniechaniu leczenia możliwe jest pogorszenie stanu zdrowia. W tym głównie zaburzenia symetrii twarzy, zaburzenia widzenia, zaburzenia czucia.

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

Anatomiczna restytucja kości twarzowej części czaszki i przywrócenie zaburzonych funkcji narządów – np. narządu wzroku. Ze względu na złożoność rozpoznania i możliwości leczenia przedstawia się je pacjentowi indywidualnie.

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 składam niniejsze oświadczenie świadomie i swobodnie tak, co do powzięcia decyzji jak i wyrażenia woli

Zgodę pobrano: data: ____ / ____ / ____ godzina: ____ : ____ Miejsce: _____

OZNACZENIE LEKARZA ODBIERAJĄCEGO ZGODĘ (data, podpis i pieczęć lekarza)	IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA (wypełnić drukowanymi literami lub umieścić naklejkę – identyfikator pacjenta z CRIP)	PODPIS PACJENTA, także małoletniego*, który ukończył 16 lat	PODPIS PRZEDSTAWICIELA/LI USTAWOWEGO/YCH (w sytuacji, gdy pacjent jest małoletni*/ ubezważniony/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) :

.....
.....

Oświadczenie pobrano: data: ____ / ____ / ____ godzina: ____ : ____ Miejsce: _____

--	--	--	--

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

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

alcephgk
Paweł Burduk
Kierownik Kliniki
Chirurgii Szczękowo-Twarzowej
Prof. dr hab. n. med. Paweł Burduk