

**ZGODA NA LECZENIE CHIRURGICZNE  
REPOZYCJA I ZESPOLENIE ODŁAMÓW ZŁAMAŃ ŻUCHWY (REPOZYCJA I OSTEOSYNTEZA)**

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 żuchwy

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

Polega na wykonaniu repozycji złamanych fragmentów żuchwy oraz stabilizacji po repozycji. Stabilizację uzyskujemy po zespoleniu odłamów za pomocą specjalnych płytek i śrub tytanowych. Dodatkowo, w niektórych przypadkach, istnieje konieczność wdrożenia dodatkowej stabilizacji, t.j. stabilizacji polegającej na unieruchomieniu złamanych odłamów poprzez wzajemne wiązanie zębów szczęki do zębów żuchwy- wiązanie międzyszcękowe (IMF) lub szyny nazębne z wyciągiem międzyszczękowym.

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

W przypadku leczenia złamań alternatywę stanowić może leczenie zachowawcze lub zachowawczo-ortopedyczne np. fundacja, szynowanie, obserwacja, dieta płynna, farmakoterapia

## 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, częstoskurcz napadowy serca, 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)
- Szczękościsk
- Zaburzenia czucia skórno
- Pooperacyjne zaburzenia widzenia związane z krwiakiem i obrzękiem

Rzadkie:

- silne krwawienie wymagające ponownej interwencji
- upośledzenie ruchomości w obrębie mięśni odpowiedzialnych za ruchomość żuchwy
- zranienie tkanek miękkich
- upośledzenie drożności dróg łzowych i upośledzenie drożności jam nosa
- uszkodzenie nerwu zębodołowego dolnego, bródkowego, językowego lub twarzowego
- 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
- przesunięcie linii pośrodkowej zgryzu
- przetoka ślinowa

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 czucia, zaburzenia zwania, wytworzenie stawu rzekomego, martwica kości.

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

Anatomiczna restytucja kości twarzowej części czaszki i przywrócenie zaburzonych funkcji narządów – np. narządu żucia. 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<br>ODBIERAJĄCEGO ZGODĘ (data,<br>podpis<br>i pieczęć lekarza) | IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA<br>(wypełnić drukowanymi literami lub<br>umieścić naklejkę – identyfikator<br>pacjenta z CRIP) | PODPIS PACJENTA, także<br>małoletniego*, który ukończył 16<br>lat | PODPIS PRZEDSTAWICIELA/LI<br>USTAWOWEGO/YCH<br>(w sytuacji, gdy pacjent jest małoletni*/<br>ubezwłasnowolniony /niezdolny do<br>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<br>LEKARZA<br>ODBIERAJĄCEGO<br>OŚWIADCZENIE (data, podpis<br>i pieczęć lekarza) | IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA<br>(wypełnić drukowanymi literami lub<br>umieścić naklejkę – identyfikator<br>pacjenta z CRIP) | PODPIS PACJENTA, także<br>małoletniego*, który ukończył 16<br>lat | PODPIS PRZEDSTAWICIELA/LI<br>USTAWOWEGO/YCH (w sytuacji, gdy pacjent<br>jest małoletni*/ ubezwłasnowolniony<br>/niezdolny do świadomego wyrażenia zgody) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

*alcapheye*  
Kierownik Kliniki  
Otolaryngologii,  
Onkologii, Laryngologicznej  
i Chirurgii Szczękowo-Twarzowej  
Prof. dr hab. med. Paweł Burduk