

## ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA ZABIEG

(staje się częścią dokumentacji)

Imię, nazwisko pacjenta:		Data urodzenia:
Lekarz odpowiedzialny za pouczenie pacjenta:		
Jednostka/oddział:		

Pouczenie pacjenta o zabiegu:	<b>Endoproteza całkowita stawu biodrowego</b> (Totální endoprotéza kyčelního kloubu)
Cel przeprowadzenia zabiegu /leczenia/:	Celem tego zabiegu medycznego jest wszczepienie wszystkich elementów endoprotezy stawu biodrowego i tym samym przywrócenie prawidłowej funkcji biodra.
Przeprowadzenie zabiegu:	Zabieg będzie wykonany w znieczuleniu wewnątrzoponowym lub też innym. Na skórze w miejscu stawu biodrowego zostanie wykonane nacięcie i tym sposobem przez tkankę podskórną i tkankę łączną po odciągnięciu mięśni na bok zostanie umożliwiony dostęp do stawu biodrowego. Następnie zostanie przecięta szyjka kości udowej i usunięta zdegenerowana główka kości udowej. Panewka kostna zostanie rozwiercona tworząc wgłębienie i w tym miejscu osadzona będzie sztuczna panewka z wkładką polietylenową. W kolejnym etapie zostanie przygotowana górna część kości udowej, do której otworu zostanie wprowadzony trzpień; na nim będzie osadzona sztuczna główka z szyjką. Ostatnim etapem jest wybalansowanie stawu. Do umocowania elementu można wykorzystać cement. Można też zastosować tkankę kostną z banku tkanek, która służy do pokrycia defektów w tkance kostnej, a następnie jako materiał biologiczny zapewniający lepsze gojenie. Po zakończeniu operacji nastąpi rekonstrukcja mięśni i zostanie umieszczony dren do odsysania typu Redon do odprowadzania krwi mogącej się gromadzić po zabiegu operacyjnym. Operacja będzie zakończona zszywaniem poszczególnych warstw rany operacyjnej oraz założeniem opatrunku sterylnego i bandaża elastycznego. Aby zapobiec ewentualnej rotacji operowanej kończyny bezpośrednio po zabiegu zostanie ona umieszczona w aparacie derotacyjnym.
Możliwe komplikacje /ograniczenia/:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Powikłania związane z gojeniem się rany.</li> <li>▪ Zakażenie rany po operacji.</li> <li>▪ Zakażenie stawu po operacji.</li> <li>▪ Zakrzepowe zapalenie żył głębokich i zatorowość płucna.</li> <li>▪ Uszkodzenie struktur nerwowych i naczyniowych.</li> <li>▪ Wydzielina potna w stawie kolanowym.</li> <li>▪ Patologiczne gojenie się rany (keloid).</li> <li>▪ Złamanie kości udowej.</li> <li>▪ Możliwe przedłużenie lub skrócenie operowanej kończyny.</li> <li>▪ Wczesne pooperacyjne zwichnięcie stawu biodrowego (co prowadzi do przedłużenia pobytu w szpitalu).</li> <li>▪ Ograniczenia w życiu codziennym i w zakresie zdolności do pracy</li> </ul>

	<p>będą zależeć od typu zabiegu i ewentualnego wystąpienia powikłań pooperacyjnych.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poruszanie się o kulach łokciowych, obciążanie nogi operowanej najwyżej w 30 % ciężaru ciała przez okres 3 miesięcy od operacji.</li> <li>▪ W trakcie hospitalizacji rozpoczęcie rehabilitacji pod kierunkiem fizjoterapeuty.</li> <li>▪ Szwy usuwa się po 12 dniach.</li> <li>▪ Terapia sanatoryjna (należy rozpocząć w okresie do 3 miesięcy od operacji).</li> </ul>
--	--

<p><i>Wyrażenie zgody pacjenta na przeprowadzenie zabiegu medycznego:</i></p>	<p>Ja, niżej podpisany (-a) (pacjent, opiekun prawny) oświadczam, że zostałem (-am) poinformowany (-a) w sposób wyczerpujący i niebudzący moich wątpliwości o sposobie przeprowadzenia zabiegu. Oświadczam, że wszystkie informacje należycie zrozumiałem (-łam), zostałem (-am) zaznajomiony (-na) z metodami i możliwymi powikłaniami związanymi z przeprowadzeniem zabiegu. Miałem (-am) możliwość zadawania pytań lekarzowi i przedstawienia mu swoich wątpliwości, na które otrzymałem (-am) wyczerpujące odpowiedzi.</p> <p><b>Wyrażam zgodę na przeprowadzenie endoprotezy całkowitej stawu biodrowego.</b></p> <p>Jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualną zmianę pierwotnie ustalonego zakresu zabiegu operacyjnego, jeśli to będzie uzasadnione wystąpieniem nieprzewidzianych okoliczności lub koniecznością dostosowania jego zakresu do stwierdzonych śródoperacyjnie zmian chorobowych i co będzie niezbędne dla ratowania mojego życia lub zdrowia.</p>
<i>Data:</i>	
<i>Podpis pacjenta /opiekuna prawnego/:</i>	
<i>Podpis lekarza:</i>	

Wyrażam zgodę na to, aby w trakcie świadczenia opieki zdrowotnej byli również obecni pracownicy służby zdrowia, którzy nie biorą bezpośredniego udziału w świadczeniu usług medycznych oraz specjaliści reprezentujący producentów i dystrybutorów urządzeń medycznych.

.....  
podpis pacjenta