

ZGODA PACJENTA NA ZABIEG PO UZYSKANIU INFORMACJI

(wejdzie w skład dokumentacji)

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

Pouczenie pacjenta dotyczące zabiegu:	Artroskopowo wspierana rekonstrukcja więzadła krzyżowego przedniego
Cel przeprowadzenia zabiegu (indykacja):	Celem tego zabiegu medycznego jest: Wprowadzenie przyrządów optycznych do stawu kolanowego w celu stwierdzenia stopnia uszkodzenia struktur wewnątrzstawowych, przede wszystkim więzadła krzyżowego przedniego, wykonanie na nich zabiegu z pomocą specjalnych instrumentów medycznych, przeznaczonych do tych celów.
Przygotowanie do zabiegu:	Przy znieczuleniu regionalnym lub innym wykonane będą dwa krótkie przecięcia skóry z obydwu stron kolana, przez które do kolana będzie wprowadzony przyrząd optyczny, kolano zostanie zbadane i według rozpoznania dojdzie do wykonania zabiegu operacyjnego. Do rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego możemy wykorzystać dwie różne struktury anatomiczne, jednak środkową część więzadła rzepki kolanowej z bloczkami kostnymi lub dwa długie ścięgna, które się znajdują z zewnętrznej strony kolana (bez blozków kostnych). Musimy przeprowadzić przecięcie skóry odpowiedniej długości, abyśmy te przeszczepy mogli odebrać. Jednym z wariantów może też być wykorzystanie przeszczepów z banku kostnego jako materiału biologicznego.
Przebieg zabiegu:	Przeszczepy poddane są opracowaniu i przygotowaniu do implantacji. W międzyczasie są w stawie kolanowym przygotowane dwa tunele kostne tak, aby wprowadzenie przeszczepów do kolana spełniało wszystkie wymagane parametry tej operacji. Po zakończeniu operacji będą przecięcia zamknięte szwami i zostanie wprowadzony dren redona stosowany do odprowadzenia krwawej wydzieliny pooperacyjnej, która może się tworzyć w zależności od typu zabiegu. Operacja zostanie zakończona nałożeniem sterylnego opatrunku i obwiązaniem bandażem elastycznym. Cały zabieg operacyjny będzie przeprowadzony w tzw. bezkrwistości, tzn. że na udo będzie nałożony mankiet ciśnieniowy, pod jego naciskiem dojdzie do obniżenia ukrwienia operowanej kończyny pod mankietem na pewien najkonieczniejszy okres czasu. Po operacji na staw kolanowy zostanie nałożona orteza stawowa ograniczająca ruch.
Możliwe komplikacje (ograniczenia):	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zaburzenie w gojeniu rany; ▪ Pooperacyjna infekcja rany; ▪ Pooperacyjna infekcja stawu; ▪ Zakrzepica żył głębokich i embolia płucna;

	<ul style="list-style-type: none">▪ Zasinienie pooperacyjne w stawie kolanowym;▪ Refleksyjna dystrofia ;▪ Uszkodzenie struktury nerwów;▪ Zagojenie rany z nadmierną blizną (keloid);▪ Nekroza skórna;▪ Uszkodzenie naczyń krwionośnych;▪ Hematom podskórny (zasinienie);▪ Unik wysięku poza staw kolanowy i syndrom zespołu ciasnoty międzypowięziowej.
--	--

<p><i>Możliwe komplikacje (ograniczenia):</i> - ciąg dalszy</p>	<p>Zalecenia po przeprowadzeniu zabiegu medycznego:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rozpoczęcie rehabilitacji pooperacyjnej ▪ W 7. – 10. dniu usunięcie szwów; ▪ Kontynuacja rehabilitacji w przychodni; ▪ Do 6 tygodni od operacji powrót fizjologicznej funkcji stawu; ▪ Do 3 miesięcy od operacji zakończenie terapii; ▪ Powrót do sportu i do całkowitego obciążenia do 8 miesięcy od operacji.
---	--

<p><i>Zgoda pacjenta na wykonanie zabiegu medycznego:</i></p>	<p>Ja, pacjent (pełnomocnik ustawowy) oświadczam, że zostałem(am) jasną, dla mnie zrozumiałą formą poinformowany(a) o przebiegu leczenia. Oświadczam, że wszystkie informacje są dla mnie jasne i zrozumiałe, jestem zaznajomiony(a) z przebiegiem i komplikacjami związanymi z zabiegiem. Umożliwiono mi też kłaść pytania i prowadzić dyskusję z lekarzem na temat tej problematyki.</p> <p>Wyrażam zgodę na przeprowadzenie artroskopowo wspieranej rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego</p> <p>Równocześnie oświadczam, że w wypadku nieoczekiwanych komplikacji, wymagających bezzwłocznego wykonania kolejnych zabiegów koniecznych dla ratowania mojego życia lub zdrowia, zgadzam się z tym, aby przeprowadzono następne, potrzebne i nie dające się odłożyć zabiegi, konieczne do ratowania mojego życia lub zdrowia.</p>
<p><i>Data:</i></p>	
<p><i>Podpis pacjenta (pełnomocnika ustawowego):</i></p>	
<p><i>Podpis lekarza:</i></p>	

Zgadzam się, aby w czasie, świadczenia opieki medycznej byli obecni również pracownicy służby zdrowia, którzy nie biorą bezpośredniego udziału w udzielaniu usług medycznych oraz fachowcy, przedstawiciele producentów i dystrybutorów środków techniki zdrowotnej.

.....
podpis pacjenta