

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:	Artroskopia ramienia
Cel przeprowadzenia zabiegu (indykacja):	Celem tego zabiegu medycznego jest wprowadzenie przyrządów optycznych do stawu barkowego w celu stwierdzenia stopnia uszkodzenia struktur wewnątrzstawowych, wykonanie na nich zabiegu z pomocą specjalnych instrumentów medycznych, przeznaczonych do tego celu.
Przebieg zabiegu:	Przy znieczuleniu wewnątrzoponowym lub innym wykonane będą krótkie rozcięcia skóry wokół stawu barkowego (w ilości 3 – 6), przez które będzie wprowadzony przyrząd optyczny, ramię zostanie zbadane i według rozpoznania będzie następnie przeprowadzony zabieg operacyjny. Po zakończeniu operacji będą rozcięcia zamknięte szwami i zostanie wprowadzony dren redona, stosowany w celu odprowadzenia krwawej wydzieliny pooperacyjnej, która może się tworzyć w zależności od typu zabiegu. Operacja zostanie zakończona nałożeniem sterylnego opatrunku.
Możliwe komplikacje (ograniczenia):	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zaburzenia w gojeniu rany; ▪ Pooperacyjna infekcja rany; ▪ Pooperacyjna infekcja stawu; ▪ Zakrzepica żył głębokich i embolia płucna; ▪ Zasinienie pooperacyjne w stawie kolanowym; ▪ Dystrofia refleksyjna; ▪ Uszkodzenie struktur nerwowych; ▪ Hojení rány nadměrnou jizvou (keloid); ▪ Wyсіk w jamie klatki piersiowej. <p>Ograniczenie w zwykłym trybie życia oraz powrót do pracy zależęć będzie od typu zabiegu i od ewentualnego występienia komplikacji pooperacyjnych.</p>

Zgoda pacjenta na wykonanie zabiegu medycznego:	<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 wykonanie artroskopii ramienia.</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,</p>
---	---

	konieczne do ratowania mojego życia lub zdrowia.
<i>Data:</i>	
<i>Podpis pacjenta (pełnomocnika ustawowego):</i>	
<i>Podpis lekarza:</i>	

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