

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:	<p align="center">Endoproteza całkowita stawu kolanowego (Totální endoprotéza kolenního kloubu)</p>
Cel przeprowadzenia zabiegu /leczenia/:	<p>Celem tego zabiegu medycznego jest wszczepienie wszystkich elementów endoprotezy stawu kolanowego i tym samym przywrócenie prawidłowej funkcji kolana.</p>
Przeprowadzenie zabiegu:	<p>Zabieg będzie wykonany w znieczuleniu wewnątrzoponowym lub też innym. Zostanie wykonane nacięcie średnich rozmiarów powyżej stawu kolanowego. Po nacięciu będą odsunięte tkanki miękkie, aby umożliwić dostęp do stawu kolanowego. Końce kości, które tworzą staw kolanowy zostaną opracowane w sposób umożliwiający dokładne umocowanie wszczepianych elementów. 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.</p> <p>Po zakończeniu operacji 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. Jeśli nie ma przeciwwskazań, to cały zabieg operacyjny będzie wykonywany przy jak najmniejszej utracie krwi. W tym celu na udzie umieszcza się mankiet ciśnieniowy i tym samym ograniczy ukrwienie operowanej kończyny pod mankietem przez pewien niezbędny okres czasu.</p>
Możliwe komplikacje /ograniczenia/:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Powikłania związane z gojeniem się rany. ▪ Zakażenie rany po operacji. ▪ Zakażenie stawu po operacji. ▪ Zakrzepowe zapalenie żył głębokich i zatorowość płucna. ▪ Pooperacyjny krwiak podskórny w stawie kolanowym. ▪ Wydzielina potna w stawie kolanowym. ▪ Podrażnienie skórne aż do uszkodzenia naskórka po zastosowaniu turniketu (mankiet ciśnieniowy). ▪ Uszkodzenie struktur nerwowych i naczyniowych. ▪ Ograniczenia w życiu codziennym i w zakresie zdolności do pracy będą zależeć od typu zabiegu i ewentualnego wystąpienia powikłań pooperacyjnych. ▪ Poruszanie się o kulach łokciowych, obciążanie nogi operowanej najwyżej w 30 % ciężaru ciała przez okres 3 miesięcy od operacji. ▪ W trakcie hospitalizacji rozpoczęcie rehabilitacji pod kierunkiem fizjoterapeuty. ▪ Szwy usuwa się po 12 dniach. ▪ Terapia sanatoryjna (należy rozpocząć w okresie do 3 miesięcy od operacji).

<i>Wyrażenie zgody pacjenta na przeprowadzenie zabiegu medycznego:</i>	<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>Wyrażam zgodę na przeprowadzenie endoprotezy całkowitej stawu kolanowego.</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