

## ZGODA PACJENTA NA ZABIEG PO UZYSKANIU INFORMACJI

(wejdzie w skład dokumentacji)

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

<i><b>Pouczenie pacjenta dotyczące zabiegu:</b></i>	<b>Artroskopia kolana</b>
<i>Cel przeprowadzenia zabiegu (indykacja):</i>	Celem tego zabiegu medycznego jest wprowadzenie przyrządów optycznych do stawu kolanowego w celu stwierdzenia stopnia uszkodzenia struktur wewnątrzstawowych, wykonanie na nich zabiegu z pomocą specjalnych instrumentów medycznych, przeznaczonych do tych celów.
<i>Przygotowanie do zabiegu:</i>	Przy znieczuleniu wewnątrzoponowym 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.
<i>Przebieg zabiegu:</i>	Po zakończeniu operacji będą rozcięcia 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, jeśli nie dojdzie do przeciwwskazań, 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.
<i>Możliwe komplikacje (ograniczenia):</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zaburzenie w gojeniu rany;</li> <li>▪ Pooperacyjna infekcja rany;</li> <li>▪ Pooperacyjna infekcja stawu;</li> <li>▪ Zakrzepica żył głębokich i embolia płucna;</li> <li>▪ Zasinienie pooperacyjne w stawie kolanowym;</li> <li>▪ Wysiłek w stawie kolanowym;</li> <li>▪ Choroba skóry aż do uszkodzenia pokrycia skóry po krępulcu (mankiet ciśnieniowy)</li> <li>▪ Dystrofia refleksyjna;</li> <li>▪ Uszkodzenie struktur nerwowych;</li> <li>▪ Zagojenie rany z nadmierną blizną (keloid);</li> <li>▪ Ograniczenie w zwykłym trybie życia oraz powrót do pracy zależać będzie od typu zabiegu i od ewentualnego wystąpienia komplikacji pooperacyjnych.</li> </ul>

Ostatnia rewizja: kwiecień 2020

<i>Zgoda pacjenta na wykonanie zabiegu medycznego:</i>	<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><b>Wyrażam zgodę na wykonanie artroskopii kolana.</b></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>
<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