

## ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA ZABIEG

(staje się częścią dokumentacji)

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

<b>Pouczenie pacjenta o zabiegu:</b>	<b>Operacja zakleszczającego zapalenia ścięgna</b> (Operace lupavého prstu)
Cel przeprowadzenia zabiegu /leczenia/:	Celem tego zabiegu medycznego jest uwolnienie pogrubiałego ścięgna zginacza palca w miejscu jego przebiegu przez pochewkę ścięgnistą w dłoni.
Przeprowadzenie zabiegu:	W trakcie zabiegu wykonywanego w znieczuleniu miejscowym nastąpi przecięcie pochewki ścięgnistej zajętego palca. Zostanie to przeprowadzone przezskórnie za pomocą igły <b>lub</b> będzie wykonane nacięcie skóry o długości 1–2 cm nad miejscem pogrubienia ścięgna zginacza zajętego palca. Następnie zostanie przecięta tkanka podskórna i pochewka ścięgnista. Nastąpi częściowe usunięcie pochewki ścięgnistej. W ten sposób uzyska się poszerzenie pochewki i zmniejszenie ucisku na ścięgno. Zabieg kończy zamknięcie rany kilkoma szwami.
Możliwe komplikacje /ograniczenia/:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uszkodzenie żył powierzchownych dłoni z koniecznością zatrzymania krwawienia, powstanie pooperacyjnego krwiaka podskórnego i znaczny obrzęk w okolicy operowanego miejsca.</li> <li>Uszkodzenie zajętego ścięgna z koniecznością jego zszywania, czego konsekwencją jest chwilowe lub trwałe zaburzenie ruchomości palca (rzadkie).</li> <li>Powikłania związane z gojeniem się rany.</li> <li>Zakażenie rany po operacji.</li> <li>Długotrwałe podwyższenie progu odczuwania bólu pooperacyjnego i zwiększona wrażliwość w miejscu blizny pooperacyjnej.</li> </ul> <p>Zalecenia, których należy przestrzegać po zabiegu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>prorowadzenie oszczędzającego trybu życia przez okres 14 dni od zabiegu aż do czasu zdjęcia szwów,</li> <li>poddanie się rehabilitacji ambulatoryjnej,</li> <li>możliwość pełnego obciążenia i powrotu do pełnej mobilności operowanego palca jest możliwe po 3–4 tygodniach od operacji.</li> </ul>

<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><b>Wyrażam zgodę na wykonanie operacji zakleszczającego zapalenia ściegna.</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>	