

Formularz Zgody na Leczenie Chirurgiczne

Imię nazwisko pacjenta.....

Lekarz nadzorujący.....

Rozpoznanie.....

Nazwa

operacji:.....

Operacja ślinianki podżuchwowej

Polega na usunięciu ślinianki z powodu guza lub przewlekłego stanu zapalnego, najczęściej na tle kamicy. Operacja przeprowadzana jest w znieczuleniu ogólnym. Cięcie skórne jest kosmetyczne, równoległe do żuchwy. W guzach łagodnych, nawet małych, zawsze usuwamy całą śliniankę. Jeżeli mamy do czynienia z guzem złośliwym wymagane jest poszerzenie zabiegu o szeroką resekcję tkanek otaczających i węzłów. Formularz zgody na zabieg.

Przy zaniechaniu leczenia możliwe jest pogorszenie stanu zdrowia. Nie ma alternatywnej metody leczenia.

Szanowny pacjencie,

Każdy zabieg chirurgiczny (operacja) może wiązać się:

- z następstwami, które są wynikiem choroby lub leczenia (mogą wystąpić na każdym etapie diagnostyki i leczenia)
- z powikłaniami, które choć nie są wynikiem błędu to są zdarzeniami niepożądanymi (występują z różną częstością).

Po zabiegu mogą wystąpić następujące następstwa lub powikłania

Krwawienie wczesne, wymagające rewizji rany

- Obrzęk, zasinienie, ból w okolicy podżuchwowej, krwiak tkanek miękkich szyi
- Obrzęk i/lub krwiak na dnie jamy ustnej
- Zaburzenia czucia w obrębie języka po podrażnieniu nerwu językowego
- Przejściowe porażenie gałązki brzożnej nerwu twarzowego
- Rzadko: trwałe porażenie gałązki brzożnej nerwu twarzowego
- Rzadko: niedowład nerwu podjęzykowego

Rzadko: nawrót dolegliwości przy pozostawieniu złoju w przewodzie wyprowadzającym na dnie jamy ustnej. Po każdym rozległym zabiegu chirurgicznym mogą wystąpić poważne powikłanie ogólne: Zapalenie płuc, zatory i zakrzepy żyłne, udar mózgu, zakażenie ogólnoustrojowe, zawał mięśnia sercowego.

Wymieniono większość następstw i powikłań, które mogą wystąpić, ale w medycynie zawsze może dojść do sytuacji jeszcze nieopisywanych w literaturze fachowej, związanych z nietypową anatomią lub nietypową reakcją organizmu pacjenta. Ze wszystkimi pytaniami i wątpliwościami należy się zgłaszać do lekarza prowadzącego.

Po zapoznaniu się z formularzem proszę potwierdzić zgodę na zabieg własnoręcznym czytelnym podpisem

Powyższe informacje są dla mnie zrozumiałe. Miałem możliwość zadania pytań dotyczących planowanej operacji

Miejscowość, Data.....

Podpis Pacjenta..... Podpis Lekarza.....