

## Formularz Zgody

### Plastyka gardła i podniebienia w przypadkach bezdechu i chrapania (UPPP)

Imię i nazwisko Pacjenta: .....

PESEL/Data urodzenia Pacjenta: .....

#### Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody

Imię i nazwisko Pacjenta: .....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego: .....

PESEL/Data urodzenia Pacjenta: .....

#### Nazwa procedury medycznej lub zabiegu

Plastyka gardła i podniebienia w przypadkach bezdechu i chrapania (UPPP)

Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu ogólnym.

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 **UPPP** mogą wystąpić następujące następstwa lub powikłania:

Częste lecz niegroźne →Obrzęk, ból gardła, ból uszu

→Krwawienie z gardła – wczesne ( w 1dniu)

→Krwawienie późne (w dniach kolejnych, głównie do 7 doby) →Odma na szyi

**Med-Polonia Sp. z o.o.**

ul. Obornicka 262, 60-693 Poznań, tel.: 61/ 66 43 300, fax: 61 66 43 301

[biuro@medpolonia.pl](mailto:biuro@medpolonia.pl)

→Zmiana barwy głosu, nosowanie

→Powiększenie i ból węzłów chłonnych szyi w pierwszych dniach po zabiegu → zaburzenia smaku i czucia w gardle

→zaburzenia połykania utrzymujące się 2- 3 tygodnie

→ Następstwa odległe jak suchość w gardle, pieczenie, częstsze pojawianie się chrypki

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.

#### **Oświadczenie pacjenta**

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam\* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam\* poinformowany/na\* przez dr ..... o proponowanym rodzaju leczenia.

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam\* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób.

Oświadczam, iż miałem/łam\* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam\* na nie odpowiedź.

Jeżeli macie Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia prosimy o ich wpisanie poniżej:

.....  
.....

Data i podpis pacjenta: .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego: .....

**W sposób świadomy i pełny wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie wyżej wymienionego zabiegu operacyjnego, w tym na towarzyszące zabiegowi procedury medyczne, oraz na jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji z powodu wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.**

**Med-Polonia Sp. z o.o.**

ul. Obornicka 262, 60-693 Poznań, tel.: 61/ 66 43 300, fax: 61 66 43 301

[biuro@medpolonia.pl](mailto:biuro@medpolonia.pl)

**Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.**

.....  
data, godzina

.....  
czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

.....  
Data, pieczętka i podpis lekarza

**Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji.  
Zostałam/em poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.**

Data i podpis pacjenta: .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego: .....

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej /zabiegu)

.....  
.....

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

.....

.....  
data, godzina

.....  
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego/świadków

.....  
podpis i pieczętka lekarza prowadzącego