

FORMULARZ ZGODY

Usunięcie III migdałka (adenotomia).

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL/Data urodzenia Pacjenta:

I Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody

Imię i nazwisko Pacjenta:

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:

PESEL/Data urodzenia Pacjenta:

II Nazwa procedury medycznej lub zabiegu

- Usunięcie III migdałka (adenotomia)

III Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

To operacja przeprowadzana głównie u dzieci i polegająca na usunięciu przerośniętej tkanki chłonnej z części nosowej gardła w celu poprawienia drożności nosa, odblokowania trąbek słuchowych i zmniejszenia podatności na infekcje górnych dróg oddechowych

Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu ogólnym.

IV Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Brak alternatywnej metody leczenia.

V Główne przeciwwskazania do wdrożenia proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej

- Rozszczep podniebienia,
- Przepuklina mózgowa u dziecka,
- Podwójny języczek

VI Dające się przewidzieć następstwa zastosowania leczenia lub metody diagnostycznej

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 **adenotomii** mogą wystąpić następujące powikłania:

Częste lecz niegroźne

- Krwawienie wczesne z nosa i z gardła (w 1 dobie) wymagające założenia tamponady nosa lub nosogardła (tamponada tylna) albo ponownej operacji (readenotomii)
- Krwawienie późne (głównie do 7 dnia)
- Niedrożny nos z powodu obrzęku tkanek (przejściowo)
- Odma na szyi i twarzy
- Skaleczenie wału trąbkowego
- Zapalenie ucha środkowego
- Zmiana barwy głosu, zazwyczaj o charakterze przejściowym
- Przedostawanie się płynów do nosa
- Pojawić się może ponowny odrost migdałka

Rzadkie, dużo poważniejsze

- Skaleczenie powięzi przedkręgowej z sztywnością karku i podrażnieniem kręgosłupa
- Nosowanie otwarte
- Niedrożność nosa z powodu zrostów w nosogardle

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.

VII Dające się przewidzieć następstwa zaniechania proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej

Przy zaniechaniu leczenia możliwe jest pogorszenie stanu zdrowia.

VIII Oczekiwane korzyści /skutki odległe / rokowania proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej

Poprawa słuchu, prawidłowy rozwój dziecka, rokowania bardzo dobre.

IX 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.

Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

.....
data, godzina

.....
czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

.....
Data, pieczęć 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 pieczęć lekarza prowadzącego

Zasadniczo podpis powinni złożyć **oboje** rodzice. Jeśli podpisuje się tylko jeden z rodziców, to podpisany jednocześnie zapewnia, że działa w porozumieniu z drugim rodzicem lub posiada wyłączne prawo opieki nad dzieckiem.

****UWAGA:** W przypadku osób do **16-go roku życia** zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy. W przypadku osób w wieku od **16-go do 18-go roku życia** zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny oraz pacjent.