

Formularz Zgody
DRENAŻ WENTYLACYJNY

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

Drenaż wentylacyjny

To operacja przeprowadzana głównie u dzieci, rzadziej u dorosłych, z wysiękowym zapaleniem ucha środkowego i niedosłuchem. Polega na umieszczeniu w błonie bębenkowej szpulki (drenika wentylacyjnego). U dzieci łącznie z tym zabiegiem wykonywana jest na ogół adenotomia (usunięcie III migdałka) w celu odblokowania trąbek słuchowych. Szpulki zakłada się na okres 6-9 miesięcy, w tym czasie nie wolno zamoczyć ucha. U dzieci zabieg przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym, u dorosłych może to być znieczulenie miejscowe.

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 założenia szpułek mogą wystąpić następujące następstwa lub powikłania:

Częste lecz niegroźne

- wypadnięcie szpulki
- niedrożność szpulki (zatkanie przez wydzielinę), nie spełnia swojej funkcji
- skaleczenie i stan zapalny przewodu słuchowego zewnętrznego
- krwiak błony bębenkowej lub w jamie bębenkowej
- stan zapalny ucha środkowego
- po planowym usunięciu drenażu brak dobrego efektu leczenia i konieczność powtórzenia zabiegu

Rzadkie, dużo poważniejsze

- przetrwała perforacja (dziurka) błony bębenkowej
- powstanie perlaka w jamie bębenkowej

Powikłania kazuistyczne, tj. pojedyncze przypadki opisane w literaturze

MedPolonia Sp. z o.o.
ul. Obornicka 262, 60-693 Poznań, tel.: 61/ 66 43 300
biuro@medpolonia.pl

- pogorszenie słuchu z głuchotą włącznie
- porażenie nerwu twarzowego
- wypadnięcie funkcji lub zapalenie błędnika, zawroty głowy
- zaburzenia smaku

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.

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.