

**FORMULARZ ZGODY****Chirurgiczna operacja przegrody nosa (septoplastyka).**

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**

- Operacja przegrody nosa (septoplastyka).

**III Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji**

Zabieg polega na chirurgicznym wyprostowaniu skrzywionej przegrody nosa, jednocześnie może być uzupełniony operacją konchoplastyki (zmniejszenie objętości przerosniętych małżowin nosowych dolnych). Może być wykonany w znieczuleniu miejscowym lub w znieczuleniu ogólnym. Ma na celu poprawę drożności nosa, komfortu oddychania i sprzyja lepszej wentylacji wszystkich zatok przynosowych. Zmniejsza nasilenie chrapania i objawów bezdechu.

Brak alternatywnej metody leczenia.

**V Główne przeciwwskazania do wdrożenia proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej**

- Zaburzenia krzepnięcia,
- Nadciśnienie tętnicze.

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

Częste lecz niegroźne:

- Krwawienie wczesne (do 24h), może wymagać zmiany tamponady na nową
- Krwawienie późne (najczęściej do 7 doby, rzadko-późniejsze), może wymagać tamponady lub operacyjnego zamknięcia naczynia krwionośnego
- Ból nosa
- Obrzęk wargi górnej, krwiak w obrębie podniebienia
- Formowanie się strupów, skrzepów, nieprzyjemny zapach z nosa
- Konieczność oczyszczania nosa i nakładania maści,
- Złuskanie reimplantowanej chrząstki (przekrzywienie wstawionej chrząstki) z ponownym pogorszeniem drożności nosa
- Wystąpienie perforacji (otworu) w przegrodzie nosa przy zabiegu lub w przebiegu gojenia
- Niedrożność otwarta
- Rozwój zrostów wewnątrznosowych

Rzadkie, dużo poważniejsze:

- Deformacja nosa zewnętrznego z zapadnięciem się grzbietu nosa
- Masywne krwawienie wymagające podwiązania tętnicy na szyi

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**

Pogorszenie stanu zdrowia.

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

Poprawa jakości życia.

## **X 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

**\*\*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.