

Formularz Zgody**Repozycja kości nosa**

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**Repozycja kości nosa**

Zabieg polega na chirurgicznym nastawieniu złamanych kości nosa. Ma na celu uzyskanie drożności nosa sprzed urazu i jak najlepsze odtworzenie kształtu piramidy nosa zewnętrznego. Powinno się go wykonać w jak najkrótszym czasie od urazu (o ile pozwala stan ogólny poszkodowanego) i nie później niż do 6 doby. Może być wykonany w znieczuleniu miejscowym lub 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 repozycji kości nosa mogą wystąpić następujące następstwa lub powikłania

Częste lecz niegroźne

1. Krwawienie wczesne (do 24h), może wymagać zmiany tamponady na nową
2. Krwawienie późne (najczęściej do 7 doby, rzadko-późniejsze), może wymagać tamponady
3. Ból nosa, odma twarzy i powiek, krwiaki okularowe wokół oczu
4. Obrzęk wargi górnej, krwiak w obrębie podniebienia
5. Brak dobrego efektu kosmetycznego zwłaszcza przy leczeniu odroczonej lub w złamaniach wieloodłamowych, brak uzyskania pełnej drożności nosa co w przyszłości wymagać może septoplastyki (operacji przegrody nosa)

MedPolonia Sp. z o.o.

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

biuro@medpolonia.pl

Rzadkie lecz 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.

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.