

FORMULARZ ZGODY

Usunięcie migdałków podniebiennych (tonsillektomia).

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:

II Nazwa procedury medycznej lub zabiegu

- Usunięcie migdałków podniebiennych (tonsillektomia).

III Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Polega na usunięciu obu migdałków znajdujących się w cieśni gardła. Celem jest wyeliminowanie nawracających angin oraz utajonego ogniska zakażenia, sięjącego na cały organizm.

Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym.

Brak alternatywnej metody leczenia.

IV Główne przeciwwskazania do wdrożenia proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej

- Zaburzenia krzepnięcia krwi,
- Nadciśnienie tętnicze.

V 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 **tonsillektomii** mogą wystąpić następujące następstwa lub powikłania:

Częste lecz niegroźne:

- Obrzęk języczka, ból gardła,
- Krwawienie z gardła – wczesne (w 1dniu),
- Krwawienie późne (w dniach kolejnych, głównie do 7 doby),
- Odma na szyi,
- Zmiana barwy głosu, nosowanie,
- Powiększenie i ból węzłów chłonnych szyi w pierwszych dniach po zabiegu,
- Następstwa odległe jak suchość w gardle, pieczenie, częstsze pojawianie się chrypki.

Rzadkie, dużo poważniejsze:

- silne krwawienie wymagające zaszycia nisz migdałkowych i uśpienia pacjenta i wytamponowania gardła dolnego,
- ropień w obrębie gardła.

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.

VI Dające się przewidzieć następstwa zaniechania proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej

Przy zaniechaniu leczenia możliwe jest pogorszenie stanu zdrowia.

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

Poprawa słuchu, prawidłowy rozwój dziecka, rokowania bardzo dobre. Poprawa stanu ogólnego, uniknięcie wystąpienia chorób odogniskowych, jak np.:

- Zapalenie mięśnia sercowego,

- Kłębuszkowe zapalenie nerek

-Choroby skóry.

Rokowania bardzo dobre.

VIII 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:

.....
.....

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, 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 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.