



**INFORMACJA DLA PACJENTA
ORAZ
ZGODA NA ZABIEG
ARTROSKOPII**

Strona 1z3

**Wydanie 1
X. 2012r**

Dane chorego

Imię i nazwisko Pacjenta:.....

PESEL/Data ur.....

Nr. historii choroby

Szanowna Pani/ Szanowny Panie!

W wyniku badania fizykalnego i badań dodatkowych stwierdzono u Pani/ Pana schorzenie wymagające wykonania artroskopii.

Artroskopia to zabieg polegający na „zajrzeniu” do wnętrza stawu w celu zbadania i leczenia pojawiających się tam problemów. Najczęściej wykonywana jest artroskopia kolana, ale można w ten sposób badać także inne stawy: barkowy, biodrowy, skokowy, nadgarstek. Artroskopia może być konieczna, aby sprawdzić, na czym polega problem, wówczas jest to tzw. artroskopia zwiadowcza. Wykonuje się ją, aby dokładnie sprawdzić co jest przyczyną bólu, obrzęku lub stanu zapalnego. Zabieg ten może także służyć do pobierania próbek tkanki lub do wycięcia lub usunięcia luźnych części tkanki, kości lub chrząstki w stawie.

Przed planowanym zabiegiem operacyjnym lekarz prowadzący będzie rozmawiać z Panią/ Panem na temat przebiegu operacji, przygotowania do niej i możliwych powikłań, rokowania i postępowaniu po zabiegu.

Poniższe informacje pomogą przygotować się Pani/ Panu do tej rozmowy i podjąć decyzje co do dalszego leczenia.

Wskazania do wykonania artroskopii

Najczęściej wykonywane procedury operacyjne za pomocą artroskopu to:

1. Zeszycie lub usunięcie fragmentu uszkodzonej łąkotki,
2. Usunięcie kikutów uszkodzonych więzadeł, usunięcie ciał wolnych,
3. Usunięcie przerośniętych fałdów błony maziowej,
4. Synowektomia (usunięcie zapalnie zmienionej błony wyściełającej staw od wewnątrz),
5. Usunięcie i wygładzenie uszkodzonej chrząstki stawowej,
6. Przecięcie więzadeł nadmiernie ściągniętych rzepeką.

Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej / operacji

Po zakwalifikowaniu do operacji konieczne jest przeprowadzenie podstawowych badań.

Zabieg operacyjny może być przeprowadzony w znieczuleniu miejscowym, przewodowym lub ogólnym.

Na czas zabiegu stosuje się opaski uciskowe na udo ograniczające dopływ krwi do miejsca operowanego. Do stawu przez niewielkie nacięcie wprowadza się artroskop (wziernik). Staw wypełniony jest płynem. Umożliwia to dokładne obejrzenie wnętrza stawu oraz przeprowadzenie niezbędnych procedur leczniczych. W tym celu wykonuje się dodatkowe nacięcie (wyjątkowo dwa), przez które wprowadza się narzędzia chirurgiczne. Wnętrze stawu ogląda się na monitorze. Po zabiegu w stawie umieszczony jest dren, przez który odsysana jest zbierająca się tam krew. Rany pooperacyjne zamyka się pojedynczymi szwami i zakłada opatrunek.

Następnego dnia zazwyczaj usuwa się dren. Pacjent wstaje z łóżka i porusza się samodzielnie.

Opis innych dostępnych metod leczenia

Inną dostępną metodą jest operacja tradycyjna, polegająca na otwarciu stawu kolanowego za pomocą dużego cięcia. Przy tego rodzaju zabiegu ryzyko infekcji jest znacznie większe, jak również wydłuża się proces gojenia i rehabilitacji.

**Opis najczęstszych powikłań związanych z proponowaną
procedurą medyczną / operacją**

Pomimo dużego doświadczenia i staranności ze strony zespołu operacyjnego w czasie operacji i po niej może dojść do powikłań, które przeważnie są natychmiast rozpoznawane i leczone. Mogą to być:



**INFORMACJA DLA PACJENTA
ORAZ
ZGODA NA ZABIEG
ARTROSKOPII**

Strona 2z3

Wydanie 1
X. 2012r

- krwaki wewnątrzstawowe
- przewlekłe wysięki
- zakażenie miejsca operowanego
- ograniczenie ruchomości stawu
- uszkodzenie nerwów uszkodzenie chrząstki stawowej
- odczyny na zastosowane implanty
- zakrzepica żylna
- zatorowość płucna
- inne niedające się przewidzieć powikłania.

Ryzyko powikłań infekcyjnych dla tego typu zabiegu w tutejszym oddziale nie przekracza 1%.

Wymienione powikłania mogą pojawić się w przebiegu pooperacyjnym u każdego pacjenta, jednak ich ogólna częstość nie jest wysoka. Ich liczba zwiększa się u chorych na cukrzycę, pacjentów powtórnie operowanych i osób otyłych.

Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Powrót do zdrowia po zabiegu artroskopowym następuje znacznie szybciej niż w przypadku tradycyjnej operacji. Pacjent zwykle wraca do domu tego samego dnia. Nacięcia są zwykle bezbolesne, ale przez parę tygodni po zabiegu mogą występować obrzęk i dyskomfort w obrębie stawu. Pacjent może otrzymać środki przeciwbólowe do przyjmowania w domu lecz zazwyczaj nie jest to konieczne. W zależności od tego, którego stawu dotyczyła artroskopia i jaki był powód jej wykonania, przez krótki czas po zabiegu konieczne może być odciążenie stawu oraz odpowiednio dobrana do rodzaju schorzenia czy urazu rehabilitacja. Polega ona na poprawie zakresu ruchu w stawie i wzmocnieniu mięśni oraz tzw. propriocepcji. Przebyty proces usprawniania zapewnia stawom prawidłowa ruchomość i sprawne funkcjonowanie przez kolejne lata.

Szwy zdejmują się po 7- 10 dniach.

Pytania pacjenta do rozmowy wyjaśniającej

Proszę wpisać wszystkie pytania jakie ma Pani/ Pan do lekarza.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

O czym powinien wiedzieć lekarz

Na ryzyko operacji mają wpływ stan ogólny chorego oraz choroby współistniejące oraz choroby przebyte. Aby w porę można było rozpoznać zagrożenia prosimy odpowiedzieć na następujące pytania:

◆ Czy wiadomo, że istnieją u Pani/ Pana zaburzenia przemiany materii (np. cukrzyca) lub inne choroby tj. Choroby serca, naczyń, wątroby, tarczycy, układu nerwowego?	Tak/ nie
◆ Czy są u pacjenta współistniejące choroby zakaźne np. zapalenie wątroby, AIDS, nosicielstwo bakteryjne (gardło, nos, przewód pokarmowy)?	Tak/ nie
◆ Czy stwierdzone zostały u pacjenta uczulenia lub nadwrażliwość na leki, plastry, lateks, rośliny, środki spożywcze, zwierzęta?	Tak/ nie
◆ Czy występowały kiedykolwiek napady drgawek?	Tak/ nie
◆ Czy przy u Pani/ Pana wcześniejszych operacjach lub skaleczeniach (np. leczenie zęba) doszło do wzmożonego krwawienia?	Tak/ nie
◆ Czy wcześniej, w przypadku powstania ran, dochodziło do ropienia, opóźnionego gojenia, ropni, przetok, zgrubienia blizny po zagojeniu?	Tak/ nie



INFORMACJA DLA PACJENTA
ORAZ
ZGODA NA ZABIEG
ARTROSKOPII

Strona 3z3

Wydanie 1
X. 2012r

◆ Czy przyjmowane są leki tj. naserkowe, przeciwbólowe, hormony, hamujące krzepliwość krwi (np. Sintrom, Synkumar, Aspiryna, Acard)?	Tak/ nie
◆ Czy obserwowano u Pani/ Pana zakrzepy żyłne lub zatorowość płucną?	Tak/ nie
◆ Kobiety w wieku rozrodczym : Czy istnieje możliwość, że jest Pani w ciąży?	Tak/ nie

Uwagi lekarskie do rozmowy wyjaśniającej

(Np. ryzyko indywidualne i możliwe komplikacje, postępowanie wtórne, specjalne pytania pacjenta, ograniczenie zgody co do transfuzji, możliwe skutki ujemne w przypadku odmowy lub przesunięcia terminu zabiegu, podstawy pacjenta do odmowy sposób dalszej opieki)

.....
.....
.....
.....
.....

Formularz zgody pacjenta na zabieg operacyjny.

Lekarz
Przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniającą o proponowanej operacji
.....

(rodzaj operacji)

Zapoznałem/am się z treścią powyższej informacji oraz zostałem/am poinformowany o postępowaniu przed- i pooperacyjnym oraz o typowych powikłaniach związanych z proponowaną operacją i zabiegami towarzyszącymi. Przedstawiono mi również możliwość zastosowania innego postępowania medycznego.

Zrozumiałem/am wyjaśnienia lekarza, czuję się wystarczająco poinformowany/a, nie mam więcej pytań i po wystarczającym czasie do namysłu **wyrażam zgodę na planowaną operację.** Jednocześnie zgadzam się na zmianę lub poszerzenie postępowania chirurgicznego oraz czynności konieczne do ratowania mojego zdrowia i życia w przypadku wystąpienia nieprzewidywalnych przed operacją okoliczności. Moja **zgoda dotyczy** także ewentualnego koniecznego **przetaczania krwi.**

Wiem także, że w związku z przeprowadzeniem zabiegu operacyjnego dla personelu medycznego istnieje możliwość ekspozycji na moją krew lub inny płyn z mojego ciała (wydaliny, wydzieliny). Dlatego w razie zaistnienia takiej sytuacji wtedy, gdy będę znajdował/a się pod wpływem narkozy lub innych środków uspokajających/ nasennych lub narkotycznych leków przeciwbólowych **wyrażam także zgodę na pobranie mojej krwi w kierunku HIV, wirusowego zapalenia wątroby typu B i C,** które są niezbędne w postępowaniu poekspozycyjnym dla personelu medycznego.

.....
(data, godzina i czytelny podpis pacjenta)

.....
(data, podpis i pieczęć lekarza odbierającego formularz zgody)