



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 konieczność usunięcia materiału zespalającego złamania kości. Wymaga to interwencji chirurgicznej. Przed planowanym zabiegiem operacyjnym lekarz prowadzący będzie rozmawiać z Panią/ Panem na temat przebiegu operacji, przygotowania do niej i możliwych powikłań, rokowaniu i postępowaniu po zabiegu. Poniższe informacje pomogą przygotować się Pani/ Panu do tej rozmowy i podjąć decyzje co do dalszego leczenia.

#### **Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta do leczenia operacyjnego**

Podczas osteosyntezy odłamy kostne połączono ze sobą i ustabilizowano miejsce złamania za pomocą materiałów zespalających tj. druty (gwoździe), klamry kostne, płytki, wkręty (śruby). Czas przebywania materiału zespalającego określa lekarz. Producenci materiałów zespalających kości zalecają (przy implantach czasowych) iż okres ten nie powinien być dłuższy niż 2 lata.

#### **Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej / operacji**

Zabieg zależy od rodzaju wykonanej osteosyntezy. Przy stabilizacji zewnętrznej wykręca się śruby bez konieczności cięcia chirurgicznego. Jeżeli zespolenie było wykonane śródszpikowo lub przykostnie wówczas konieczne jest wykonanie cięcia chirurgicznego i przez nie wydobywa się materiał zespalający.

#### **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.

Do najczęstszych należą:

- Krwawienie pooperacyjne lub krwiak, wymagające ponownego otwarcia rany operacyjnej.
- Uszkodzenie nerwów.
- Powikłania zatorowo-zakrzepowe
- Zakażenie rany pooperacyjnej: powierzchowne, głębokie i ropnie narządowe.

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

- Inne trudne do przewidzenia.

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**

Rana pooperacyjna goi się kilka dni. Usunięcie szwów z rany pooperacyjnej odbywa się między 7 a 10 dobą po zabiegu operacyjnym.

#### **Pytania pacjenta do rozmowy wyjaśniającej**

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

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



**INFORMACJA DLA PACJENTA  
ORAZ  
ZGODA NA ZABIEG  
USUNIĘCIA MATERIAŁU ZESPALAJĄCEGO ZŁAMANIA KOŚCI**

Strona 2 z 2

Wydanie 1  
X. 2012r

**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
◆ Czy przyjmowane są leki tj. nasercowe, 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)