



**INFORMACJA DLA PACJENTA
ORAZ
ZGODA NA ZABIEG
OPERACYJNEGO ZESPOLENIA ZŁAMANIA KOŚCI
(OSTEOSYNTAZY)**

Strona 1z4

Wydanie I
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 złamanie kości. Schorzenie to wymaga często leczenia chirurgicznego. Przed planowanym zabiegiem operacyjnym lekarz prowadzący będzie rozmawiał 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.

Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta do leczenia operacyjnego

Złamanie to całkowite przerwanie ciągłości kości.

Objawy ogólne złamanie kości to: spadek ciśnienia, przyśpieszenie oddechu i tętna. Objawy miejscowe to przede wszystkim ból, zaczerwienienie lub zblednięcie skóry, obrzęk lub krwiak. Dochodzi do upośledzenia funkcji kończyny i jej niewłaściwego ułożenia. Po złamaniu mogą rozwinąć się powikłania, które dzielimy na pierwotne, czyli powstające w momencie urazu oraz wtórne, powstające w czasie leczenia. Pierwsze z nich są to uszkodzenia naczyń, nerwów, narządów wewnętrznych, mózgu i rdzenia kręgowego. Powikłania wtórne to opóźniony lub wadliwy zrost, powstawanie stawów rzekomych, martwica, zespół ciasnoty przedziałów powięziowych, przykurcze i zapalenie kości. Do złamań kości – samoistnych lub nawet przy niewielkich urazach – często dochodzi w przebiegu osteoporozy.

Operacji ortopedycznej wymagają skomplikowane złamania, w których nastawienie jest niewystarczającym postępowaniem. Zazwyczaj są to złamania z przemieszczeniem, złamania spiralne, złamania wieloodłamowe, złamania otwarte oraz te złamania, które zagrażają uszkodzeniem przylegających nerwów i naczyń. W celu stabilizacji złamań najczęściej stosuje się m.in. płytki, wkręty, gwoździe śródszpikowe oraz stabilizatory zewnętrzne.

Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej / operacji

Osteosynteza – repozycja (nastawienie) i zespolenie złamania kości przy użyciu elementów implantacyjnych, zwykle wykonanych z metalu. Rodzaje zespolenia: śródszpikowe, przykostne, stabilizacja zewnętrzna. Głównym celem osteosyntezy jest połączenie ze sobą końców kości i ustabilizowanie miejsca złamania.

Podstawowymi elementami do osteosyntezy są: druty (gwoździe), klamry kostne, płytki, wkręty (śruby).

Jeżeli zabieg dotyczy kończyny rozpoczyna się od spowodowania odpłynięcia krwi z kończyny, czyli spowodowania jej niedokrwienia za pomocą zacisku pneumatycznego. W czasie przeprowadzania operacji zwraca się szczególną uwagę na anatomiczne nastawienie i stabilne zespolenie oraz aby zapobiec rozwojowi krwiaków w ranie pooperacyjnej.

Opis innych dostępnych metod leczenia

Leczenie złamań może być zarówno zachowawcze np. opatrunek gipsowy po repozycji, wyciąg bezpośredni, przez zastosowanie ortez.



**INFORMACJA DLA PACJENTA
ORAZ
ZGODA NA ZABIEG
OPERACYJNEGO ZESPOLENIA ZŁAMANIA KOŚCI
(OSTEOSYNTAZY)**

Strona 2z4

Wydanie I
X. 2012r

**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.

Osteosynteza może wiązać się z wystąpieniem wymienionych poniżej powikłań śródoperacyjnych i pooperacyjnych (wczesnych i późnych), powikłania te mogą wynikać także z samego rodzaju urazu/ złamania:

- 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%

- Wytworzenie się stawu rzekomego.
- Przykurcze w stawach.
- Zaniki mięśni.
- Obluzowanie lub pęknięcie materiału zespalającego.
- Nadwrażliwość na metal lub reakcja alergiczna.
- Martwica kości.
- Osteoporoza.
- 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

Do zrostu odłamów kostnych dochodzi w okresie 4-6 tygodni po osteosyntezie, niekiedy dłużej. W okresie pooperacyjnym ważne jest zwalczanie obrzęków i dobranie właściwych ćwiczeń rehabilitacyjnych, które zmaksymalizują efekty zabiegu.

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.	



**INFORMACJA DLA PACJENTA
ORAZ
ZGODA NA ZABIEG
OPERACYJNEGO ZESPOLENIA ZŁAMANIA KOŚCI
(OSTEOSYNTETY)**

Strona 3z4

Wydanie I
X. 2012r

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 wiece 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 uspakajających/ 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)

.....



**INFORMACJA DLA PACJENTA
ORAZ
ZGODA NA ZABIEG
OPERACYJNEGO ZESPOLENIA ZŁAMANIA KOŚCI
(OSTEOSYNTAZY)**

Strona 4z4

**Wydanie1
X. 2012r**

(data, podpis i pieczęć lekarza odbierającego formularz zgody)