Imię i nazwisko ……

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego ……

Data urodzenia/PESEL ……

INFORMACJA DLA PACJENTA

1. **Wskazanie do operacji:**
Guz tkanki kostnej o nieznanym punkcie wyjścia
……

2. **Operacja zostanie przeprowadzona w trybie:** Planowym/Pilnym*
*(*niepotrzebne skreślić)*

3. **Opis choroby będącej powodem leczenia operacyjnego**
W związku z rozpoznaniem guza kości po przeprowadzonych badaniach proponujemy leczenie operacyjne. Wynika to z faktu, iż ostateczne rozpoznanie może zostać postawione dopiero na podstawie badania histopatologicznego (mikroskopowego). Większość guzów lokalizujących się w kościach ma łagodny charakter, jednak bez badania mikroskopowego ostatecznie ustalenie czy mamy do czynienia ze zmiana łagodną czy też złośliwą jest niemożliwe.

4. **Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji:**
Guz zostanie wycięty w granicach zdrowych makroskopowo tkanek a ciągłość powłok zostanie odtworzona przez ich zeszycie. Rozległość samego wycięcia zależy od wielkości zmiany i jej stopnia penetracji do głębszych warstw powłok. Odtworzenie ciągłości powłok zależy od wielkości wycięcia. Może wymagać wielowarstwowego zeszycia poszczególnych warstw tkanek a czasem wystarczy pojedynczy szew skóry. Konieczny może się okazać przeszczep z okolicznych tkanek a nawet odległych miejsc ciała Pacjenta.

5. **Oczekiwane rezultaty zabiegu**
Celem proponowanego zabiegu jest uzyskanie fragmentu lub całości tkanki zmienionej chorobowo do dalszych badań takich jak diagnostyka histopatologicznia i/lub immunohistochemiczna.
Badania te dają umożliwić ustalenia ostatecznego rozpoznania – rodzaju guza, a co za tym idzie zaplanowanie dalszej terapii.

6. **Opis innych dostępnych metod leczenia:**
Poza wycięciem guza w zasadzie nie istnieje inna możliwość leczenia. Możemy jedynie obserwować zmianę i w zależności od dalszego przebiegu choroby podejmować decyzje. Należy pamiętać, że opóźnienia w wycięciu zmiany mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie. Mogą uniemożliwić odpowiednie leczenie ze względu na brak rozpoznania histopatologicznego.

7. **Opis powikłań związanych z proponowaną operacją lub procedurą medyczną:**
   - uszkodzenie sąsiednich struktur anatomicznych - ryzyko wzrasta przy znacznej otyłości, zaburzonych stosunkach anatomicznych, po poprzednich operacjach, rozległych stanach zapalnych lub zrostach;

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.

- silniejsze krwawienia, przy których zachodzi konieczność transfuzji krwi;
- zakażenie wirusem żółtaczki lub HIV;
- niekiedy mogą wystąpić uszkodzenia nerwów lub miękkich części ciała, uszkodzenia skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny;
- tworzenie się zakrzepów i zamknięcie naczynia krwionośnego przez wędrujący zakrzep (zator płuc);
- krwawienie pooperacyjne i krwawe wybroczyny;
- zakażenia rany pooperacyjnej, przedłużone gojenie a czasem powstawanie ropni lub przetok.
- przerwanie szwów i rozejście się rany na skutek powikłań gojenia się, zaburzeń ukrwienia lub obciążeń mechanicznych;
- zbyt duże i przeszkadzające blizny, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub komplikacji w procesie gojenia;
- zaburzenie ukrwienia na skutek zamknięcia lub uszkodzenia naczynia krwionośnego, które może wywoływać martwicę tkanek;
- owrzodzenie w miejscu szwu;
- uszkodzenie nerwów, bóle, porażenia mięśni.

Możliwe jest także wystąpienie innych nie zawsze możliwych do przewidzenia powikłań. Większość wymienionych powikłań może wymagać dalszych operacji lub leczenia, może być także przyczyną śmierci.

8. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

…….

……..

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

Częstość powikłań jest większa u chorych na cukrzycę, pacjentów powtórnie operowanych i osób otyłych, zażywających sterydy, obciążonych wieloma innymi chorobami, palaczy papierosów.

9. Opis prognozy pooperacyjnej

Bezpośrednio po operacji pacjent trafia na salę pooperacyjną, gdzie przebywa do czasu stabilizacji parametrów życiowych. Rehabilitacja wdrażana jest najczęściej od następnej doby po zabiegu. Usunięcie drenów pooperacyjnych ma miejsce zazwyczaj w 1-2 dobie pooperacyjnej w zależności od ilości wypływającej wydzieliny. Usunięcie szwów jest zależne od szybkości gojenia się rany i ma miejsce najwcześniej po 10 dniach od zabiegu (a najczęściej po około 10-14 dniach). Wypis do domu następuje najczęściej około 2 doby po zabiegu. Konieczne jest obowiązkowe badanie kontrolne w tutejszej Poradni Ortopedycznej z wynikiem badania histopatologicznego. Pacjent otrzymuje przy wypisie skierowanie do poradni, informację o terminie wizyty oraz miejscu odbioru wyniku histopatologicznego.

10. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

W przypadku rezygnacji z zabiegu istnieje ryzyko, że mamy do czynienia ze zmianą o złośliwym charakterze, która rozwijając się może stanowić zagrożenie dla zdrowia a nawet życia.

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez lekarza …… w sposób wyczerpujący i niebudzący moich wątpliwości o celu, rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu oraz możliwych do przewidzenia wiążących się z nim ryzykach, w tym ryzykach rzadko występujących, innych możliwych metodach leczenia, jak również o efekcie, jakiego mogę się spodziewać, jeżeli zabieg przebiegać będzie bez zakłóceń.

Oświadczam, że udzieliłem pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, w tym informacji o chorobach przewlekłych, przebiegu dotychczasowego leczenia i przyjmowanych lekach.

Stwierdzam, że uzyskałem/am wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Zapoznałem/am się i zrozumiałem/am informacje zawarte w niniejszej zgodzie. Oświadczam, że jestem wystarczająco poinformowana/ny. Rozumiem ryzyko związane z tym zabiegiem i zgadzam się na jego wykonanie. Jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualną zmianę pierwotnie ustalonego zakresu zabiegu operacyjnego polegającą na jego zmniejszeniu lub rozszerzeniu, jeśli będzie to uzasadnione wystąpieniem nieprzewidzianych okoliczności lub koniecznością dostosowania jego zakresu do stwierdzonych śródoperacyjnie zmian chorobowych.

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu biopsji wycinającej/wycięcia guza kości …… *(wpisać okolicę).*

Data i godzina oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data i godzina. Podpis oraz pieczątka lekarza	

Sprzeciw pacjenta

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny. Zostałem/zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Data i godzina oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data i godzina, podpis oraz pieczątka lekarza	

Podpisanie formularza przez pacjentkę/pacjenta nie jest możliwe z powodu:

.....

…….. ……

Data podpis lekarza

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.