*(*niepotrzebne skreślić)*

Imię i nazwisko …….

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego ……

Data urodzenia/PESEL ……

INFORMACJA DLA PACJENTA

1. Rodzaj schorzenia i wskazanie do operacji:

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pana/Pani (istnieje u Pana/Pani podejrzenie):.

……
……
……

2. Operacja zostanie przeprowadzona w trybie:

Planowym/Pilnym*

3. Metody leczenia operacyjnego:

Po szczegółowej analizie Pana/Pani przypadku proponujemy wykonanie następującego zabiegu:

Artroskopia stawu kolanowego - wprowadzanie do stawu kolanowego, przez 2 lub więcej niewielkich nacięć, urządzenia optycznego, instrumentów chirurgicznych. Wykonywana jest ocena wszystkich struktur wewnątrzstawowych, po czym dokonuje się odpowiednich procedur w obrębie stwierdzanej patologii. Do takich procedur mogą należeć:

- synowektomia
- usunięcie fałdu maziowego
- usunięcie ciał wolnych
- całkowite lub częściowe usunięcie łąkotki przyśrodkowej/bocznej
- naprawa (szycie) uszkodzonej łąkotki (przy określonych uszkodzeniach oraz warunkach)
- usunięcie niestabilnych fragmentów chrzęstnych z powierzchni stawowych
- mikrozłamania z penetracją do jamy szpikowej
- usunięcie zrostów, tkanek bliznowatych oraz redresja stawu
- usunięcie/wypłukanie krwiaka, włóknika
- pobranie tkanek na badanie mikrobiologiczne/ histopatologiczne
- uwolnienie boczne rzepki
- dekompresja więzadła krzyżowego przedniego z plastyką dołu międzykłykciowego
- całkowite lub częściowe usunięcie uszkodzonego więzadła krzyżowego w przypadku, kiedy kikut uszkodzonego więzadła powoduję ograniczenia ruchu w stawie
- stabilizacja złamania awulsyjnego wyniosłości międzykłykciowej
- rekonstrukcja więzadła krzyżowego przedniego (wymaga dodatkowego nacięcia skóry i tkanek na przednie-przyśrodkowej powierzchni podudzia w celu pobrania przeszczepów ze ścięgien własnych dołu podkolanowego)
- przygotowanie tuneli kostnych (przygotowanie do rewizyjnej rekonstrukcji więzadła krzyżowego)
- inne

W większości przypadków zabieg jest wykonywany w niedokrwieniu kończyny (opaska uciskowa zakładana na udo).

Cel leczenia

Celem proponowanego zabiegu jest eliminacja **(na ile jest to możliwe)** czynników powodujących dolegliwości bólowe, stan zapalny, organicznie aktywności fizycznej oraz zapobieganie powiększaniu się obszaru patologii w stawie. Często uszkodzenia w stawie kolanowym (zwłaszcza chrząstka stawowa) mają charakter nieodwracalny. Leczenie to ma na celu zapewnienie możliwie najlepszej funkcji kończyny oraz w jakimś stopniu spowolnienie następujących zmian zwyrodnieniowych w tym stawie w przyszłości.

4. Alternatywne metody leczenia Pana/Pani schorzenia obejmują:

- leczenie zachowawcze, fizykoterapia

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.

*(*niepotrzebne skreślić)*

- procedury rehabilitacyjne
- w niektórych przypadkach unieruchomienie kończyny
- inne:.....

5. Dające się przewidzieć następstwa zabiegu:

- konieczność zagojenia ran
- ból pooperacyjny
- konieczność poruszania się o kulach w pierwszym okresie pooperacyjnym, w niektórych przypadkach chodzenie o kulach do 6 tyg. (szycie (naprawa) łąkotek, rekonstrukcja ACL, inne)
- może być wymagana rehabilitacja
- blizny po leczeniu operacyjnym
- brak możliwości wykonywania rezonansu magnetycznego z powodu zastosowanych elementów metalowych (materiały stabilizujące w złamaniach wyniosłości międzykłykciowej, niektóre implanty stabilizujące w przypadkach zabiegów rekonstrukcyjnych)

6. Możliwość wystąpienia powikłań

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym. Powikłania związane z tą operacją mogą między innymi polegać na:

- złamanie, uszkodzenie implantu, części narzędzia chirurgicznego i pozostanie go tkankach (np. wiertła, śruba, drut Kirchnera, innych)
- uszkodzenie chrząstki stawowej
- krwiak środstawowy, okolicy operacyjnej, miejsca założenia opaski uciskowej
- martwica kości oraz tkanek miękkich w okolicy wykonywanego zabiegu
- infekcje ogólne, mogące doprowadzić do posocznicy a nawet zgonu. Ryzyko zakażenia znacznie wzrasta u chorych na cukrzycę
- infekcje miejscowe – zakażenie rany, trudności w gojeniu, przetoki, rozejście się rany
- destabilizacja, uszkodzenie przeszczepu w okresie pooperacyjnym w przypadku zabiegów rekonstrukcyjnych
- zbyt cienki przeszczep własny nienadający się do rekonstrukcji więzadłowej (powoduję odstąpienie od zabiegu lub pobranie ścięgien z drugiej kończyny dolnej)
- brak ścięgien mięśnia półścięgnistego oraz smukłego lub uszkodzenie ich podczas pobrania (powoduję odstąpienie od zabiegu lub pobranie ścięgien z drugiej kończyny dolnej)
- zapalenie kości, stawu
- reakcje alergiczne na materiał implantów oraz elementy stabilizujące
- ograniczenie ruchomości stawu, przykurcze
- przewlekle bóle operowanej okolicy
- krwotok w czasie zabiegu, mogący doprowadzić do wstrząsu, a nawet zgonu
- uszkodzenie kości (pękniecie, złamanie)
- uszkodzenie chrząstki wzrostowej u dzieci, grożące zaburzeniem wzrostu kończyny
- uszkodzenie mięśni i ścięgien – osłabienie siły mięśniowej oraz ból we wczesnym i późnym okresie pooperacyjnym, zaniki mięśni(czasem trwałe)
- uszkodzenie nerwów - niedowłady, porażenia kończyn, zaburzenia czucia: parestezje (bóle, pieczenie, rwanie), przeczulice, niedoczulice skóry, zmiany troficzne skóry(skóra gładka, lśniąca, kruche, łamliwe paznokcie, wypadanie włosów, zaburzenia potliwości)
- uszkodzenie naczyń tętniczych, zator tętnic obwodowych - niedokrwienie dalszego odcinka kończyny, mogące doprowadzić nawet do amputacji kończyny
- uszkodzenie naczyń żylnych, limfatycznych - obrzęki kończyny we wczesnym i późnym okresie pooperacyjnym
- obrzęki obwodowe związanie z ograniczeniem ruchomości operowanej kończyny w okresie około- i pooperacyjnym
- zakrzepica żył głębokich - wykrzepianie krwi w żyłach głębokich głównie kończyn dolnych. Objawy: ból, obrzęk w obrębie łydki, stopy. Materiał zakrzepowy może przemieścić się do płuc wywołując zatorowość płuc (wysoka śmiertelność)

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.

*(*niepotrzebne skreślić)*

- zator tłuszczowy, elementy tłuszczowe ze szpiku kostnego mogą przemieścić się do płuc wywołując zatorowość płuc (wysoka śmiertelność)
- zespół ciasnoty przedziałów powięziowych – wzrost ciśnienia w zamkniętej przez powięź przestrzeni prowadzi do zaburzeń krążenia krwi, unerwienia i czynności mięśni
- szpecąca blizna
- powikłania związane ze znieczuleniem do zabiegu
- wydłużony okres powrotu do zdrowia związany z zastosowaną techniką operacyjną i stanem zdrowia pacjenta/pacjentki
- nasilenie dolegliwości związanych z współistniejącymi schorzeniami

8. Rokowania

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pana/Pani przypadku:

☐ duże ☐ średnie ☐ ograniczone

Jeżeli nie wyrazi Pan/Pani zgody na proponowany zabieg rokowanie, co do Pana/Pani stanu zdrowia w przyszłości jest następujące:

☐ utrzymywanie się dolegliwości bólowych

☐ nasilenie się dolegliwości bólowych

☐ ograniczenie aktywności fizycznej

☐ ograniczenie ruchomości w stawie

☐ zwiększone ryzyko uszkodzenia innych struktur stawu

☐ przyspieszenie zmian zwyrodnieniowych w tym stawie

☐ wysięki w stawie

☐ brak kwalifikacji do tego rodzaju zabiegu operacyjnego w przyszłości

☐ inne: ……

9. Rozmowa z lekarzem

Prosimy, aby Pan/Pani zapytał(a) nas o wszystko, co chciałby/chciałaby Pan/Pani wiedzieć w związku z planowanym leczeniem.

Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Pana/Panią wyjaśnienia można uzyskać u każdego specjalisty w zakresie chirurgii urazowo-ortopedycznej, zatrudnionego w naszym Oddziale.

Chętnie odpowiemy na wszystkie Pana/Pani pytania.

ZASTRZEŻENIA PACJENTKI/PACJENTA, CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA OPERACYJNEGO

□ brak zastrzeżeń

□ inne:

……..

10. Konieczność zmiany/rozszerzenia zabiegu operacyjnego występująca podczas jego trwania

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowane) operacji. Prosimy o wyrażenie zgody także na tę okoliczność. Przy braku Pana/Pani zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pana/Pani zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

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.

*(*niepotrzebne skreślić)*

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 dla zdrowia i życia, w tym ryzykach rzadko występujących, innych możliwych metodach leczenia, jak również o efekcie, jakiego mogę się spodziewać, jeżeli zabieg przebiegać będzie bez zakłóceń, jak również w przypadku, gdy w trakcie zabiegu pojawią się okoliczności nieprzewidziane.

Oświadczam, że udzieliłem/am 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 ARTROSKOPII STAWU KOLANOWEGO

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/am poinformowany/a 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:

.....……..

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.

*(*niepotrzebne skreślić)*

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.