*(*niepotrzebne skreślić)*

Imię i nazwisko Pacjenta …….

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego …….

Data urodzenia/PESEL Pacjenta ……

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:

Operacja jest wykonywana w znieczuleniu przewodowym bądź ogólnym dotchawiczym. Zabieg może być wykonywany w niedokrwieniu, czyli operowana kończyna na pewien czas będzie pozbawiona przepływu krwi. Po przygotowaniu pola operacyjnego przecina się skórę i mięśnie. Rzepka i staw zostaną zwichnięte, a następnie zostaną całkowicie wycięte powierzchnie stawowe kości udowej i piszczelowej. Istnieje możliwość wykonania protezy rzepki w razie wskazań. Wycięte części zostaną zastąpione następującymi elementami endoprotezy:

- element pokrywający kłykcie kości udowej i element pokrywający kłykcie kości piszczelowej wykonane ze stopów stali chirurgicznej;
- powierzchnie, na których ślizga się staw, czyli wkładka polietylenowa: zakotwiczona w elemencie piszczelowym w przypadku protez typu FIXED BEARING lub ruchoma względem tacy piszczelowej w przypadku protez MOBILE BEARING;
- element pokrywający rzepkę wykonany z polietylenu – w przypadku wykonywania protezowania rzepki.

Komponent udowy i taca piszczelowa zostaną zakotwiczone w kości za pomocą cementu kostnego (polimeru) w przypadku protezy cementowanej lub na zasadzie zakleszczenia - press fitu - w przypadku protezy bezcementowej. Żadne z typów mocowań nie daje gwarancji wiecznego zakotwiczenia endoprotezy. Każdy z elementów jest elementem zużywalnym i po pewnym czasie może dojść do jego uszkodzenia, lub obluzowania. Po osadzeniu elementów endoprotezy zostanie pozostawiona rurka (dren) odbierająca krew. Dren zostanie utrzymany przez 1-2 dni, a następnie usunięty. Mięśnie i skóra zostanie zszyta i założony zostanie opatrunek.

Niekiedy, już po rozpoczęciu zabiegu (w szczególności po uwidocznieniu operowanego miejsca), niezbędna może okazać się pewna modyfikacja zakresu zabiegu, uzasadniona względami medycznymi, w tym uzyskaniem optymalnego efektu zabiegu lub Pana(i) bezpieczeństwem.

4. Alternatywne metody leczenia Pana/Pani schorzenia obejmują:

- leczenie zachowawcze, fizykoterapia**;**
- procedury rehabilitacyjne;
- farmakoterapia, iniekcje dostawowe;
- odciążenie kończyny.

5. Dające się przewidzieć następstwa zabiegu:

- konieczność zagojenia ran;

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

*(*niepotrzebne skreślić)*

- ból pooperacyjny;
- konieczność poruszania się o kulach/balkoniku w okresie pooperacyjnym;
- może być wymagana rehabilitacja;
- blizny po leczeniu operacyjnym;
- ograniczenie możliwości wykonywania rezonansu magnetycznego z powodu zastosowanych elementów metalowych.

6. Możliwość wystąpienia powikłań:

- złamanie, uszkodzenie implantu, części narzędzia chirurgicznego i pozostanie go tkankach (np. wiertła, śruba, drut Kirchnera, innych);
- dolegliwości bólowe ze strony rzepki, klikanie i przeskakiwanie w stawie rzepkowo-udowym, złamie rzepki, pękniecie aparatu wyprostnego, niestabilność w stawie rzepkowo-udowym;
- 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 elementów protezy;
- 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 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 okołooperacyjnym 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);
- 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;
- wydłużony okres powrotu do zdrowia związany z zastosowaną techniką operacyjną i stanem zdrowia pacjenta/pacjentki;
- nasilenie dolegliwości związanych z współistniejącymi schorzeniami;
- skostnienia pozaszkieletowe;
- nierówność kończyn po zabiegu operacyjnym;
- powiększenie obrysów stawu, mogące się pojawić bóle przy klękaniu;
- niepełne ustąpienie dolegliwości bólowych, nienaturalne uczucie pracy stawu kolanowego;

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

*(*niepotrzebne skreślić)*

- osteoliza (rozpad tkanki kostnej skutkujący powstawaniem ubytków w kości);
- zużycie, pęknięcie lub uszkodzenie mechaniczne elementów ścieralnych endoprotezy;
- inne nieprzewidziane i nieopisane następstwa powyższego zabiegu operacyjnego, na które chirurg operujący nie miał wpływu.

Ponadto, każda procedura medyczna może wiązać się z pewnym ryzykiem dla zdrowia psychicznego, w tym z wystąpieniem depresji w okresie pooperacyjnym. Na prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań składa się wiele czynników, m.in. zaawansowanie schorzenia, ogólny stan zdrowia czy uprzednio przebyte zabiegi. Ryzyko wystąpienia powikłań jest wyższe u osób z nadwagą lub otyłością, palących papierosy (lub inne wyroby tytoniowe), a także chorujących na cukrzycę, nadciśnienie lub pozostałe choroby sercowo-naczyniowe. Ryzyko powikłań może być również wyższe w przypadku innych ciężkich i przewlekłych chorób.

7. Rokowanie powodzenia operacji:

☐ 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:.....
- ☐ .

8. 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:.....

9. 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 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 operacyjnego 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 operacyjny 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: PROTEZOPLASTYKI STAWU KOLANOWEGO

PRAWEGO/LEWEGO*

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 ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.