

### Dokumentacja rozmowy przed operacją

Imię i nazwisko:.....

**Data rozmowy:**.....

Szanowni Państwo,

Celem dzisiejszego spotkania jest przedstawienie Państwu informacji na temat leczenia oraz możliwych jego powikłań.

Prosimy o dokładne zapoznanie się z informacjami. Jeżeli nasuną się Państwu jakiegokolwiek wątpliwości lub cokolwiek będzie niejasne prosimy o zapisanie sobie pytań na ostatniej stronie formularza.

Pragniemy, aby mogli Państwo podjąć w pełni świadomą decyzję zgody na proponowane leczenie.

### **Przygotowanie do zabiegu:**

#### **A/ dzień przed planowanym zabiegiem:**

- 1/ Żywnienie: pełne śniadanie i obiad, pełna lekkostrawna kolacja, która jest ostatnim posiłkiem przed zabiegiem.
- 2/ Przyjmowanie płynów: ostatni raz na 7 godzin przed planowanym czasem zabiegu.
- 3/ Przygotowanie pola operacyjnego – dokładne ogolenie (rozległość będzie uzgodniona podczas dzisiejszej wizyty). Czynność tę można wykonać 1-2 dni wcześniej.
- 4/ Usunięcie lakieru z paznokci, zdjęcie biżuterii aby nie zapomnieć w dniu zabiegu.

#### **B/ dzień zabiegu**

- 1/ Należy pozostać na czczo, tzn. bez jedzenia i bez picia. W przypadku konieczności przyjmowania leków, w dniu dzisiejszym zostaną podjęte indywidualne rozwiązania.
- 2/ Konieczne jest zabranie do Ośrodka całej posiadanej dokumentacji rtg, usg, rezonansu magnetycznego lub tomografii komputerowej. Niezbędne są dowód osobisty i legitymacja ubezpieczeniowa. Jeśli posiadają Państwo laski łokciowe i/lub stabilizator, prosimy zabrać je ze sobą.
- 3/ Termin zgłaszania się do zabiegu (dzień i godzina) – zostaną ustalone podczas dzisiejszej wizyty lub na drodze telefonicznej.

### **Zabieg operacyjny i okres okołoperacyjny:**

1/ Zgoda – zgodę na przyjęcie do Ośrodka oraz na proponowane leczenie podpiszą Państwo podczas dzisiejszej wizyty. Zgodę na proponowane znieczulenie podpisuje się po przybyciu na teren bloku operacyjnego bezpośrednio po rozmowie z Lekarzem Anestezjologiem i w Jego obecności.

Operacje kończyn dolnych wykonywane są zazwyczaj w znieczuleniu do kręgosłupa, zaś kończyn górnych w znieczuleniu splotowym.

2/ Na blok operacyjny prosimy zabrać przywiezioną ze sobą dokumentację. Dokumentacja oraz wyniki badań dodatkowych zostaną Państwu zwrócone po zabiegu, najpóźniej w dniu wypisu z Ośrodka.

### **Możliwości powikłań:**

Problemy podczas operacji i komplikacje pooperacyjne są rzadkie. Musimy jednak poinformować Państwa, że są one możliwe:

- 1/ Uszkodzenia skóry i tkanki podskórnej, podrażnienia naczyń krwionośnych i nerwów, bóle.
- 2/ Naruszenie naczyń krwionośnych i krwawienia mogą wymagać transfuzji krwi obcej. Istnieje wtedy niezależnie od nas ryzyko zarażenia HIV(AIDS), Hepatitis (żółtaczka) lub innymi drobnoustrojami.
- 3/ Infekcja z koniecznością wykonania następnych zabiegów operacyjnych.
- 4/ Przerosty blizn, które z powodu wyglądu lub bólu mogą wymagać późniejszej plastyki.
- 5/ Zakrzepowe zapalenie żył mimo stosowania rutynowej profilaktyki. Ryzyko jego powstania zwiększa się, kiedy w wywiadzie stwierdzamy: palenie tytoniu, przebytą wcześniej zakrzepicę, stosowanie antykoncepcji hormonalnej.
- 6/ Naruszenie chrząstki stawowej instrumentami endoskopowymi.
- 7/ Obrzęk stawu jako rezultat:
  - a/ używania do zabiegu płynów infuzyjnych
  - b/ krwawienia
  - c/ podrażnienia torebki stawowej.
- 8/ Naruszenie nerwów, co powoduje nadwrażliwość skóry lub brak czucia.
- 9/ Zespół popunkcyjny, który objawia się uporczywymi bólami i zawrotami głowy.

### **Zalecenia:**

- 1/ Prosimy ściśle przestrzegać rad i zaleceń lekarzy prowadzących.
- 2/ Przez 24 godziny po zabiegu nie wolno samodzielnie podejmować prób pionizacji po operacjach kończyn dolnych.
- 3/ Należy wypijać duże ilości płynów obojętnych (minimum 2 litry).
- 4/ Po wystąpieniu nagłego bólu, wyższej temperatury, zaczerwienienia lub wysypki należy bezzwłocznie powiadomić personel medyczny.

**Okres pooperacyjny:**

1/ Zalecenia ustalane są indywidualnie podczas wizyt lekarskich

2/ Sukces zależy nie tylko od prawidłowo wykonanego zabiegu operacyjnego, ale także od wartościowości tkanek pacjenta oraz JEGO WSPÓŁPRACY.

Podpisując zgodę na leczenie podpisujecie Państwo także zobowiązanie, że będziecie:

1/ stosować się do zaleceń lekarzy prowadzących

2/ stosować zaleconą przez nich rehabilitację

3/ zgłaszać się na wyznaczone wizyty kontrolne.

W przypadku niedopełniania tych zobowiązań Ośrodek będzie dostarczał informację o ich nieprzebrzeganiu w jednobrzmiących egzemplarzach do Państwa, NFZ oraz Instytucji Ubezpieczenia.

**Prosimy o zaznaczenie odpowiedzi na wszystkie poniższe pytania.**

1. Czy w ciągu ostatnich dwóch lat przebywali Państwo w szpitalu?  nie  tak
2. Czy aktualnie jesteście Państwo leczeni?  nie  tak  
Jeśli tak, to z jakiego powodu?.....
3. Czy jesteście Państwo na coś uczuleni?  nie  tak  
Jeśli tak, to na co?.....
4. Czy macie Państwo skłonność do krwawień?  nie  tak
5. Czy macie Państwo skłonność do złego gojenia ran?  nie  tak
6. Czy byliście Państwo poddani operacji kardiologicznej, leczeniu sterydami, naświetlaniu lub chemioterapii?  nie  tak
7. Czy miewacie Państwo duszności po wysiłku, wchodzeniu po schodach?  nie  tak
8. Czy jest Pani aktualnie w ciąży?  nie  tak
9. Czy przyjmujecie Państwo aktualnie leki?  nie  tak  
Jeśli tak, to jakie?.....
10. Czy mieliście Państwo dolegliwości: choroby tarczycy, niewydolność krążenia, cukrzyca, choroba wieńcowa, owrzodzenie żołądka, wada serca, choroby nerek, nadciśnienie, rozedma płuc, astma, gruźlica, choroby krwi, żółtaczka, AIDS, padaczka, jaskra, narkomania alkoholizm?  nie  tak
11. Czy w ciągu ostatniego roku przebyli Państwo: zabieg chirurgiczny, iniekcje (podskórne, domięśniowe, dożylnie), zabiegi stomatologiczne, inne?  nie  tak  
Jeśli tak, jaki?.....
12. Czy macie Państwo aktualne szczepienia przeciwko WZW?  nie  tak

## PYTANIA DO LEKARZA

---

---

---

---

---

---

---

---

Świadoma zgoda na operację /czynność diagnostyczną podwyższonego ryzyka

Wyrażam zgodę na wykonanie.....  
.....

Zostałam(-em) poinformowana(-y) o: alternatywnych metodach leczenia, sposobie przeprowadzenia planowanego zabiegu, typowych i nietypowych następstwach i powikłaniach planowanego zabiegu, a także o sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu.

Przed wykonaniem zabiegu/czynności diagnostycznej, udzieliłem pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków, oraz przebytych zabiegów,

Informacja przekazana przez lekarza jest dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy z lekarzem miałam(-em) możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania medycznego.

Oświadczam, że zapoznałam(-em) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie operacji /czynności diagnostycznej.

Data i podpis chorego

.....

Zgodne z rekomendacją Polskiego Towarzystwa Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu.