



CENTRUM MEDYCZNE

**ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA ZABIEG:  
ARTROSKOPIA KOLANA I OSTEOTOMIA KOREKCYJNA OSI  
PISZCZELI LUB UDA (PUDU, TOMOFIX, IBALANCE)**

Centrum Medyczne ENEL-MED S.A.

**ORTOPEDIA**

Specjalizacja

Imię i nazwisko pacjenta	PESEL*	Data urodzenia
Adres zamieszkania**		<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M Płeć
Rozpoznanie	Planowany termin zabiegu	
Lekarz kierujący na zabieg		

Szanowny Panie, Szanowna Pani,

Został(a) Pan(i) zakwalifikowany(a) do zabiegu **ARTROSKOPIA KOLANA I OSTEOTOMIA KOREKCYJNA OSI PISZCZELI LUB UDA (PUDU, TOMOFIX, IBALANCE)**.

W Centrum Medycznym ENEL-MED dbamy nie tylko o zapewnienie najwyższych standardów medycznych, ale i o poczucie bezpieczeństwa naszych pacjentów. Zależy nam na tym, żeby pacjenci podejmowali decyzje dotyczące swojego zdrowia świadomie, dlatego staramy się zapewnić dostęp do zrozumiałych i rzetelnych informacji na temat całego procesu leczenia. W tym celu przygotowaliśmy zestaw najważniejszych informacji dotyczących planowanego zabiegu oraz ryzyk, z którymi ten zabieg może się wiązać. Prosimy o uważne zapoznanie się z poniższymi informacjami.

Przypominamy, że ma Pan(i) możliwość skonsultowania ewentualnych wątpliwości z lekarzem kierującym Pana(ią) na zabieg. W trakcie rozmowy z lekarzem ma Pan(i) nieograniczone prawo do zadawania pytań dotyczących zabiegu, a także do uzyskania wyczerpujących oraz zrozumiałych dla Pana(i) odpowiedzi. W przypadku, gdy umówienie dodatkowej konsultacji mogłoby się wiązać z przełożeniem terminu zabiegu, proponujemy Panu(i) nowy, najwcześniejszy możliwy termin przeprowadzenia zabiegu.

Na końcu tego formularza znajdują się oświadczenia obejmujące m.in. Pana(i) zgodę na przeprowadzenie planowanego zabiegu. Prosimy o ich podpisanie po zapoznaniu się z poniższymi informacjami i wyjaśnieniu ewentualnych wątpliwości z lekarzem.

Z poważaniem

Zespół Centrum Medycznego ENEL-MED S.A.

**Uwaga! Jeśli Pacjentka jest w ciąży lub podejrzewa, że może być w ciąży, powinna o tym bezwzględnie poinformować lekarza kierującego na zabieg.**

\* numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

\*\* w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania

Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

## ROZPOZNANIE I WSKAZANIA DO ZABIEGU

W Pana(i) stawie kolanowym pod wpływem różnych czynników doszło do rozwoju zmian zwyrodnieniowych w obrębie przyśrodkowej (wewnętrznej) strony stawu kolanowego. Zmiany zwyrodnione to uszkodzenie i ubytek chrząstki, wytworzenie wyrośli kostnych drażniących staw i zmiana osi obciążania stawu. Charakteryzują się one następującymi dolegliwościami:

- dolegliwości bólowe
- obrzęki stawu
- przeskakiwanie, klikanie w obrębie stawu
- brak możliwości pełnego wykorzystywania funkcji stawu
- ograniczenie ruchomości stawu

Proponowany zabieg operacyjny ma za zadanie na pewien czas (5-15 lat) zmniejszyć dolegliwości bólowe i poprawić funkcję stawu. Zabieg polega na korekcji osi obciążającej staw kolanowy tak, aby część najbardziej zniszczona, to jest przyśrodkowa, była mniej obciążana. Istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że w pewnym momencie będzie Pan(i) wymagał(a) leczenia pod postacią całkowitej wymiany stawu kolanowego.

## INNE METODY LECZENIA

Przy obecnym stanie wiedzy medycznej leczenie operacyjne jest dla Pana(i) najlepszą opcją terapeutyczną. Inne formy leczenia takie jak:

- farmakoterapia pod postacią leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych
- rehabilitacja i wzmocnienie mięśni
- używanie ortezy
- modyfikacja aktywności sportowej

nie są w stanie spowodować wyleczenia Pana(i) schorzenia, dlatego został Panu(i) zaproponowany zabieg operacyjny.

## PRZYGOTOWANIE DO ZABIEGU

Zalecenia dotyczące przygotowania się do zabiegu są zawarte w przekazanej Panu(i) **Informacji dla pacjenta skierowanego do szpitala CM ENEL-MED**. Prosimy o uważne zapoznanie się z tymi zaleceniami i zwracamy uwagę, że ich przestrzeganie ma istotne znaczenie dla uzyskania optymalnego efektu zabiegu oraz Pana(i) bezpieczeństwa.

## PRZEBIEG ZABIEGU

Operacja jest wykonywana w znieczuleniu przewodowym bądź ogólnym dotchawiczym. Po przygotowaniu pola operacyjnego przecina się skórę z punktowych nacięć. Do stawu wkładana jest kamera, przy pomocy której jest wykonywana dalsza część zabiegu. W zależności od patologii zostanie wykonana jedna lub kilka z wymienionych procedur w obrębie stawu kolanowego:

- naprawa łąkotki pod postacią usunięcia uszkodzonego fragmentu lub, jeżeli będzie taka możliwość, pod postacią szycia łąkotki (szycie łąkotki nie daje gwarancji jej wygojenia, co może wiązać się z kolejnym zabiegiem operacyjnym)

- naprawa chrząstki stawowej pod postacią: usunięcia uszkodzonych fragmentów, stabilizacji uszkodzonych fragmentów przy pomocy implantów (nie daje to gwarancji wygojenia, co może wiązać się z kolejnym zabiegiem operacyjnym), termicznego obkurczenia powierzchni chrząstki, usunięcia uszkodzonego fragmentu chrząstki do kości i wytworzenia dziurek w kości, przez które wydostanie się szpik mający właściwości regeneracyjne
- usunięcie całości lub części błony maziowej i jej fragmentów
- usunięcie wolnych fragmentów chrząstko-kostnych
- usunięcie zrostów ograniczających ruch w stawie kolanowym
- przecięcie aparatu stabilizującego rzepkę, dzięki czemu uzyskany zostanie prawidłowy ruch rzepki
- usunięcie materiału zespalającego, jeżeli był on u Pana(i) zakładany i ma wskazania do usunięcia

Tkanki i skóra zostaną zszyte i założony zostanie opatrunek. Po operacji na ogół pozostawiane są jeden lub dwa dreny, które odprowadzają zbędna krew. Dreny zostaną usunięte następnego dnia lub, w razie potrzeby, w kolejnych dniach.

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.

<input type="checkbox"/>	<b>TAK</b>	W czasie zabiegu może okazać się konieczne wykonywanie zdjęć rentgenowskich, co wiąże się z ekspozycją na promieniowanie jonizujące i ryzykami z tym związanymi.
<input type="checkbox"/>	<b>NIE DOTYCZY</b>	

### **RYZYKA ZWIĄZANE Z ZABIEGIEM**

Lekarz, podejmując się wykonania zabiegu, zobowiązuje się do dołożenia wszelkich starań, aby zabieg został przeprowadzony prawidłowo i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Jest ważne, aby miał(a) Pan(i) świadomość, że żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z wykonywanym zabiegiem.

Nie należy zapominać, że każda procedura medyczna niesie ze sobą ryzyko pewnych powikłań. Na każdym etapie procesu leczenia nasz zespół medyczny dopełni wszelkich starań, aby ograniczyć możliwość ich wystąpienia, jednak zawsze, niezależnie od starań zespołu medycznego, istnieje pewne ryzyko pojawienia się powikłań, również takich, które nie są typowe dla danego zabiegu lub są niemożliwe do przewidzenia.

Zdarzające się powikłania związane z proponowanym leczeniem zabiegowym to m.in.:

- powikłania związane ze znieczuleniem
- krwiak pooperacyjny
- zakrzepica żył głębokich
- infekcja rany operacyjnej i stawu kolanowego
- dolegliwości bólowe ze strony rzepki, klikanie i przeskakowanie w stawie rzepkowo-udowym
- złamanie narzędzi w obrębie stawu wymagające powiększenia dojścia operacyjnego
- uszkodzenie nerwów
- uszkodzenie naczyń
- złamania
- zespół przedziałów powięziowych
- uszkodzenie struktur wewnątrzstawowych tj chrząstki stawowej, więzadeł, łąkotek
- zespół przedziałów powięziowych

Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

- pozostawienie ciał wolnych w obrębie jamy stawowej
- wyciek płynu stawowego z przetoką
- nie pełne ustąpienie dolegliwości bólowych
- obluźnianie implantów stabilizujących chrząstkę lub łąkotkę
- alergia na materiały wszczepialny
- blizna i dolegliwości bólowe ze strony dojścia operacyjnego, blizna pooperacyjna
- uszkodzenia skóry spowodowane zastosowaniem diatermii, środków odkażających i materiałów opatrunkowych oraz zastosowaniem opaski niedokrwiennnej
- 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.

### **PO ZABIEGU – DOLEGLIWOŚCI ORAZ ZALECENIA**

Po zabiegu mogą – ale nie muszą – pojawić się pewne dolegliwości. Ich rodzaj i nasilenie są kwestią indywidualną, zależną od wielu czynników, m.in. od indywidualnej wrażliwości pacjenta na ból. Zwracamy się z prośbą o zgłaszanie ewentualnych dolegliwości personelowi medycznemu – w zależności od ich rodzaju i nasilenia możliwe są różne metody ich łagodzenia, m.in. poprzez podanie odpowiednich środków przeciwbólowych.

Przestrzeganie zaleceń pooperacyjnych może mieć kluczowe znaczenie zarówno dla zapewnienia optymalnego efektu zabiegu, jak również dla ograniczenia ryzyka wystąpienia ewentualnych dolegliwości i powikłań. Szczegółowe zalecenia pooperacyjne zostaną Panu(i) przekazane przez lekarza po zabiegu. Szczególnie istotnym warunkiem powodzenia zabiegu jest często **rehabilitacja** – sformułowanie jej zakresu oraz czasu trwania, tak jak pozostałych zaleceń pooperacyjnych, będzie możliwe dopiero po zabiegu.

### **DODATKOWE UWAGI LEKARZA KIERUJĄCEGO PANA(IĄ) NA ZABIEG**

Miejsce na dodatkowe uwagi i ewentualny rysunek poglądowy

**Po przeczytaniu i ewentualnym dodatkowym wyjaśnieniu wątpliwości prosimy o podpisanie poniższych oświadczeń, obejmujących w szczególności Pana(i) dobrowolną i świadomą zgodę na wykonanie u Pana(i) zabiegu:**

Podpis i pieczętka lekarza

Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

**ARTROSKOPIA KOLANA I OSTEOTOMIA KOREKCYJNA OSI PISZCZELI LUB UDA (PUDU, TOMOFIX, IBALANCE).****OŚWIADCZENIA PACJENTA**

1. Oświadczam, że w pełni zrozumiałem(am) informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem, w tym informacje dotyczące następujących aspektów planowanego zabiegu:
  - rozpoznanie i wskazania do zabiegu
  - proponowane oraz alternatywne metody diagnostyki i leczenia
  - możliwe do przewidzenia skutki zaniechania leczenia
  - zalecenia dotyczące przygotowania do zabiegu
  - cel, zakres i przebieg zabiegu
  - możliwe powikłania i ryzyko ich wystąpienia
  - zalecenia pooperacyjne
2. Przyjmuję do wiadomości, że informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem mają zastosowanie do planowanego u mnie zabiegu.
3. Potwierdzam, że miałem(am) wystarczającą ilość czasu na zapoznanie się z informacjami zawartymi w tym formularzu oraz przekazanymi mi podczas rozmowy z lekarzem.
4. Potwierdzam, że miałem(am) możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego zabiegu oraz uzyskania wyczerpujących i zrozumiałych dla mnie odpowiedzi i wyjaśnień.
5. Zgadzam się całkowicie zarówno z przedstawioną diagnozą, jak i z zaproponowanym sposobem leczenia.
6. Potwierdzam, że moja zgoda na proponowany zabieg jest przemyślana, świadoma i dobrowolna.
7. Zdaję sobie sprawę, że ostateczny efekt planowanego zabiegu oraz ryzyko wystąpienia ewentualnych powikłań zależy również od przestrzegania przeze mnie zaleceń dotyczących przygotowania do zabiegu oraz zaleceń pooperacyjnych, w tym w szczególności zaleceń dotyczących rehabilitacji.
8. Wyrażam zgodę na niemożliwą do przewidzenia przed zabiegiem modyfikację zakresu procedur medycznych oraz na wykonanie innych, niemożliwych do przewidzenia przed zabiegiem procedur medycznych, jeśli zaistnieje taka potrzeba, uzasadniona względami medycznymi, a w szczególności zagrożeniem mojego życia, ryzykiem wystąpienia ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.
9. Wyrażam zgodę na pobranie krwi w kierunku badań HIV, wirusowego zapalenia wątroby lub innych chorób przenoszonych drogą krwionośną, jeśli podczas zabiegu lub wykonywania u mnie innych procedur medycznych dojdzie do skażenia personelu Centrum Medycznego ENEL-MED S.A.
10. Zostałem(am) poinformowany(a) o możliwości autotransfuzji, jeżeli w moim przypadku byłoby to potrzebne.

Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

**11. Dotyczy zabiegów z wykorzystaniem promieniowania jonizującego:**

Wyrażam zgodę na wykonywanie zdjęć rentgenowskich podczas zabiegu i całej hospitalizacji.

12.  Zgadzam się  
 Nie zgadzam się

na przetoczenie preparatów krwiopochodnych w czasie operacji lub bezpośrednio po operacji, jeśli zajdzie taka potrzeba uzasadniona względami medycznymi.

13.  Zgadzam się  
 Nie zgadzam się

na utrwalanie przebiegu operacji oraz stanu przed i po operacji przy wykorzystaniu środków rejestrujących obraz i dźwięk oraz na ich wykorzystanie w celach medycznych, naukowych, edukacyjnych i pozostałych związanych z działalnością Centrum Medycznego ENEL-MED S.A. pod warunkiem zachowania anonimowości mojej tożsamości.

**Niniejszym, wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie****zabiegu:**

Nazwa zabiegu	
<b>przez:</b>	Imię i nazwisko lekarza

Podpis i pieczętka lekarza

Miejscowość, data

Czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego (w przypadku osoby niepełnoletniej)

**OŚWIADCZENIE PACJENTA**  
**ODMOWA ZGODY NA ZABIEG**

Nie wyrażam zgody na wykonanie proponowanego zabiegu:

***ARTROSKOPIA KOLANA I OSTEOTOMIA KOREKCYJNA OSI PISZCZELI LUB UDA (PUDU, TOMOFIX, IBALANCE).***

Zostałem(am) poinformowany(a) o możliwych negatywnych skutkach takiej decyzji dla mojego życia i zdrowia.

Podpis i pieczęć lekarza

Miejscowość, data

Czytelny podpis pacjenta lub  
przedstawiciela ustawowego  
(w przypadku osoby niepełnoletniej)