



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
OPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII
im. prof. Tadeusza Koszarowskiego
w Opolu

ul. Katowicka 66A
45-060 Opole
NIP 754-25-57-814
REGON 531420768

tel. 077/441 60 01
fax. 077/441 60 03
sekretariat@onkologia.opole.pl
www.onkologia.opole.pl

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA LECZENIE OPERACYJNE/PROCEDURĘ MEDYCZNĄ

Nazwisko i imię:

PESEL:

Został u Pani/a rozpoznany: **GUZ POWŁOK**

I. Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody :

Imię i nazwisko Pacjenta*

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego*

Zgoda Sądu*

II. Nazwa procedury medycznej/leczenia operacyjnego : **USUNIĘCIE GUZA POWŁOK**

III. Wskazania do wykonania procedury medycznej/leczenia operacyjnego :

Szanowni Państwo. Zgłosiliście się do lekarza w związku z rozpoznaniem guza powłok (skóry, tkanki podskórnej, mięśni). Po przeprowadzonych badaniach lekarz zaproponował Państwu leczenie operacyjne. Wynika to zapewne z faktu, że ostateczne rozpoznanie może zostać postawione dopiero na podstawie badania histopatologicznego (mikroskopowego). Większość guzów lokalizujących się w powłokach ma łagodny charakter, jednak bez badania mikroskopowego ostateczne ustalenie czy mamy do czynienia ze zmianą łagodną, czy też złośliwą jest niemożliwe. Ponadto niewykluczone, że guz przyczynia się u Państwa do istotnego ograniczenia w funkcjonowaniu organizmu, i to zarówno pod względem fizycznym, ale także i emocjonalnym. Ponieważ trudno przewidzieć jednoznacznie z jakim guzem mamy do czynienia i o jakiej lokalizacji proszę zapytać się o wstępne rozpoznanie, które jest wskazaniem do leczenia operacyjnego i wpisanie go przez lekarza do niniejszego formularza

IV. Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej /leczenia operacyjnego :

Operacja przeprowadzana jest w znieczuleniu (dokładnych informacji na temat znieczulenia i możliwych jego powikłaniach udzieli lekarz anestezjolog podczas badania).

Podczas operacji guz zostanie zazwyczaj wycięty w granicach zdrowych makroskopowo tkanek, a ciągłość powłok zostanie odtworzona przez ich zeszywanie. Rozległość samego wycięcia jest zależna od wielkości zmiany i stopnia jej penetracji do głębszych warstw powłok. Z kolei odtworzenie ciągłości powłok jest zależne od rozległości wycięcia. Czasami może wymagać wielowarstwowego zeszywania poszczególnych warstw tkanek, a czasami wystarczy pojedynczy szew skóry. Czasami konieczny okaże się przeszczep z okolicznych tkanek, a czasami z odległych miejsc naszego ciała.

V. Opis innych dostępnych metod leczenia

Poza wycięciem guza powłok, w zasadzie nie istnieje inna możliwość leczenia. Możemy w takim przypadku zdecydować się jedynie na obserwację zmiany i w zależności od dalszego przebiegu choroby podejmować decyzje. Należy jednak zaznaczyć, że wszelkie opóźnienia w wycięciu zmiany mogą mieć negatywny wpływ na Państwa zdrowie. Mogą także uniemożliwić odpowiednie leczenie ze względu na brak rozpoznania histopatologicznego.

VI. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną/leczeniem operacyjnym

Pomimo starań lekarzy zarówno w trakcie operacji jak i po jej zakończeniu może dojść do powikłań. Należy wśród nich w szczególności wymienić:

- uszkodzenie sąsiednich struktur anatomicznych. Ryzyko wzrasta przy znacznej otyłości, przy zaburzonych stosunkach anatomicznych, po poprzednich operacjach, przy rozległych stanach zapalnych i/lub zrostach;
- silniejsze krwawienia, przy których zachodzi konieczność transfuzji krwi;
- zakażenie wirusem żółtaczki lub HIV;
- niekiedy mogą wystąpić uszkodzenia nerwów lub miękkich części ciała. Dotyczy to także uszkodzeń skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny;
- tworzenie się zakrzepów i zamknięcie naczynia krwionośnego przez wędrujący zakrzep (zator płuc);
- krwawienia pooperacyjne i krwawe wybroczyny;
- zakażenia rany pooperacyjnej. Prowadzi to do przedłużonego gojenia, a czasem do powstawania ropni lub przetok;
 - przerwanie szwów i rozejście się rany na skutek powikłań gojenia się, zaburzeń ukrwienia lub obciążeń mechanicznych;

VII. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku z stanem zdrowia pacjenta

cukrzyca, choroby serca (przebyte zawały, zaburzenia rytmu serca), choroby płuc (astma, przebyta gruźlica, zapalenia płuc) , palenie papierosów, niedożywienia

są czynnikami zwiększającymi ryzyko powikłań zabiegu operacyjnego/procedury medycznej

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanej metody leczenia/procedury medycznej

W przypadku odstąpienia od leczenia operacyjnego zawsze istnieje ryzyko, że mamy do czynienia ze zmianą o złośliwym charakterze, która rozwijając się może stanowić zagrożenie dla Państwa zdrowia, a nawet życia.

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

- W pełni zrozumiałem/am informacje zawarte w tym formularzu oraz informacji dodatkowej oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem;
- Zapoznałem/łam się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem poinformowany/na o moim stanie zdrowia, proponowanym rodzaju leczenia i alternatywnych możliwościach leczenia.
- Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem spełnione zostały moje oczekiwania co do informacji na temat proponowanego sposobu leczenia, dających się przewidzieć następstwach jego zastosowania lub zaniechania, ryzyku związanym z podejmowanym leczeniem i możliwych dających się przewidzieć powikłaniach; zapewniono mi możliwość zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący mnie;
- Podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem / łam istotnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, badań i przebytych chorób.

Data i podpis pacjenta.....*

Data i podpis przedstawiciela ustawowego*

Zgoda Sądu.....*

Równocześnie wyrażam zgodę na ewentualną zmianę techniki zabiegu i/lub zakresu zabiegu jeżeli obraz śródoperacyjny będzie tego wymagał.

Data i podpis pacjenta*

Data i podpis przedstawiciela ustawowego*

Zgoda Sądu*

Po wystarczającym czasie do namysłu oświadczam, że

- wyrażam dobrowolnie i świadomie zgodę na zastosowanie proponowanej metody leczenia operacyjnego /przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej*

Data i podpis pacjenta*

Data i podpis przedstawiciela ustawowego*

Zgoda Sądu*

- nie wyrażam zgody na zastosowanie proponowanej metody leczenia operacyjnego /przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej. Zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.*

Data i podpis pacjenta *

Data i podpis przedstawiciela ustawowego *

Zgoda Sądu *

OŚWIADCZENIE LEKARZA

Oświadczam, że przedstawiłam(em) pacjentowi planowany sposób leczenia/leczenia operacyjnego/procedury medycznej zgodnie prawdą i aktualną wiedzą medyczną, udzieliłam informacji umożliwiających świadome i dobrowolne wyrażenie zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałam o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej/leczenia operacyjnego.

.....
Data, podpis i pieczęć lekarza

*niepotrzebne skreślić