

## I. INFORMACJE O PACJENCIE

imię nazwisko Pacjenta	PESEL
adres zamieszkania	Nr historii choroby

Został Pan(i) zakwalifikowany(a) do zabiegu **Adenotonsillotomii** – jest to zabieg polegający na redukcji przerostu migdałka gardłowego i migdałków podniebiennych metodą koblacji - czyli nowoczesną techniką operacyjną, która umożliwia precyzyjne usuwanie migdałków, redukcję i koagulację tkanek migdałka dzięki działaniu fali elektromagnetycznej o niskiej, łagodnej dla otoczenia temperaturze.

W Guardian Clinic dbamy nie tylko o zapewnienie najwyższych standardów medycznych, ale i o poczucie bezpieczeństwa naszych pacjentów. Zależy nam na tym, żeby pacjenci [a w sytuacjach, które zgodnie z prawem tego wymagają również przedstawiciele ustawowi pacjentów] 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 ryzyka, z którym ten zabieg może się wiązać .

Prosimy o uważne zapoznanie się z poniższymi informacjami. Przypominamy, że Pacjent, a także jego przedstawiciel ustawowy ma możliwość skonsultowania ewentualnych wątpliwości z lekarzem kierującym 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 przelożeniem terminu zabiegu, proponujemy nowy, najwcześniejszy możliwy termin przeprowadzenia zabiegu.

Na końcu tego formularza znajdują się oświadczenia oraz zgody na przeprowadzenie planowanego zabiegu. Prosimy o ich podpisanie po zapoznaniu się z poniższymi informacjami i wyjaśnieniu ewentualnych wątpliwości z lekarzem.

## II. INFORMACJE O LEKARZU WYKONUJĄCYM ZABIEG

Bezpieczeństwo pacjentów jest dla nas najważniejsze, dlatego też w Guardian Clinic wszystkie zabiegi medyczne wykonuje personel medyczny, który posiada niezbędne uprawnienia oraz bogate doświadczenia zawodowe zapewniające najwyższe standardy zabiegowe.

Pana(i) zabieg będzie wykonywał: dr n. med. Krzysztof Gajewski posiadający specjalizację z zakres otorynolaryngologii, natomiast za znieczulenie odpowiedzialny będzie \_\_\_\_\_ posiadający specjalizację z zakres anestezyjologii i intensywnej terapii.

## III. ROZPOZNANIE I WSKAZANIA DO ZABIEGU

Do najczęstszych wskazań do wykonania zabiegu **Adenotonsillotomii** zalicza się: nawracające infekcje górnych dróg oddechowych, niedosłuch, chrapanie, zaburzenia logopedyczne, zaburzenia ortodontyczne

## IV. INNE METODY LECZENIA

podpis Pacjenta / przedstawiciela ustawowego

Przy obecnym stanie wiedzy medycznej wykonanie zabiegu adenotonsillotomii metodą koblacji jest dla Pana[i]/Pacjenta najlepszą opcją terapeutyczną. Inne formy leczenia takie jak:

- 1) Farmakoterapia;
- 2) Zabieg operacyjny techniką tradycyjną [przy użyciu skalpela lub nożyczek]

mogą okazać się niedostatecznie skuteczne.

## V. POTENCJALNE SKUTKI ZANIECHANIA ZABIEGU

W przypadku rezygnacji z zabiegu należy liczyć się z możliwością wystąpienia/nasielenia się pewnych pewnych dolegliwości – w tym w szczególności: nawracających infekcji górnych dróg oddechowych, niedosłuchu, chrapania, zaburzeń logopedycznych czy też ortodontycznych.

## V. PRZEBIEG ZABIEGU

Zabieg jest wykonywany w znieczuleniu ogólnym. Jest to czasowe, kontrolowane odwracalne zniesienie przytomności i odczuwania bólu. Uzyskiwane jest przy pomocy leków podawanych drogą dożylną i oddechową. W trakcie znieczulenia pacjent śpi, zniesione lub osłabione są fizjologiczne odruchy obronne z okolicy dróg oddechowych, ograniczona lub wyłączona jest możliwość samodzielnego oddychania. Skutkuje to koniecznością zastosowania metod i środków zapewniających odpowiednie oddychanie. Drogi oddechowe są udrażniane rurką intubacyjną, a czynność oddechową pacjenta zastępuje aparat do znieczulenia.

Adenotonsillotomia jest to zabieg chirurgii laryngologicznej polegający na usunięciu migdalka gardłowego (tzw. trzeciego) oraz redukcji migdałków podniebiennych. Tkanka migdalka gardłowego usuwana jest tak dokładnie jak to możliwe, ale jest on tworem nieotorebkowanym, więc jego 100-procentowe usunięcie jest niemożliwe. Migdalki podniebienne zostają jedynie zmniejszane zwykle o ok 50-90 %. Sam zabieg wykonywany jest przy użyciu koblacji [technika małoinwazyjna]. Technikę tą charakteryzuje niewielkie ryzyko krwawienia i uszkodzeń okolicznych tkanek przy jednocześnie czystym polu operacyjnym, co skutkuje większą precyzją usuwania tkanek patologicznych w porównaniu do technik tradycyjnych.

Jeżeli lekarz laryngolog przed zabiegiem diagnozuje u pacjenta tzw. niedosłuch przewodzeniowy z podejrzeniem płynu w jamie bębenkowej lub przerost wędzidelka języka może m.in. zaistnieć dodatkowo konieczność nacięcia błony bębenkowej ucha, w celu usunięcia patologicznej wydzieliny z ucha środkowego.

Jeżeli przed zabiegiem u pacjenta zostanie stwierdzony przerost wędzidelka języka, wykonane zostanie dodatkowo podcięcie wędzidelka języka.

## VI. RYZYKO 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) s[ ] wiadomoś[ ] c[ ], że żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantowa[ ] 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 ograniczy[ ] 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 okołozabiegowe:**

krwawienie z nosa i gardła, uszkodzenia tkanek gardła i nosa, uszkodzenia podniebienia, uszkodzenia języka i warg, uszkodzenia stomatologiczne, zwichnięcie stawu skroniowo-żuchwowego

### **Powikłania pozabiegowe:**

podpis Pacjenta / przedstawiciela ustawowego

Gorączka, zaburzenia gojenia, krwawienia, niewydolność podniebieno-gardłowa (nosowanie, ulewianie pokarmów przez nos), zapalenie tkanek miękkich szyi, przetoka podniebienia, alergiczne reakcje na podawane leki, zapalenie ucha, zbliźnowacenie jamy nosowo-gardłowej i ujść gardłowych trąbek słuchowych (zaburzenia słuchu), odrost migdałków (gardłowego i/lub podniebiennych)

#### **Powikłania związane ze znieczuleniem:**

Nudności i wymioty pooperacyjne, chrypka, ból gardła, uczucie osłabienia, uszkodzenia jamy ustnej, uszkodzenia zębów, zachłyśnięcie treścią pokarmową, poważna reakcja uczuleniowa, zaburzenia kardiologiczne, zaburzenia neurologiczne, zespół genetycznie uwarunkowanej hipertermii złośliwej, zgon wynikający wyłącznie ze znieczulenia ogólnego [1/200 tys. przypadków bądź rzadziej]

#### **Powikłania Myringotomii [nacięcia błony bębenkowej z odessaniem patologicznej treści z ucha środkowego (jedno- lub obustronne)]**

Krwawienie, uszkodzenia struktur ucha zewnętrznego, środkowego lub wewnętrznego (pogorszenie słuchu, zawroty głowy), gorączka, zapalenie ucha, perforacja błony bębenkowej, zbliźnowacenie błony bębenkowej, brak poprawy słuchu, pogorszenie słuchu.

#### **Powikłania podcięcia wędzidełka języka**

Krwawienie, uszkodzenia tkanek jamy ustnej [języka, dna jamy ustnej, przewodów wyprowadzających ślinianek podżuchwowych], gorączka, zaburzenia gojenia, zbliźnowacenie języka, zaburzenia ruchomości języka, zbliźnowacenie ujść ślinianek podżuchwowych [obrzęki, zapalenia ślinianek]

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.

## **VII. 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.

## **IX. OŚWIADCZENIA**

Po przeczytaniu i ewentualnym dodatkowym wyjaśnieniu wątpliwości prosimy o podpisanie poniższych oświadczeń, obejmujących w szczególności dobrowolną i świadomą zgodę na wykonanie zabiegu.

Oświadczam, że:

- 1) w pełni zrozumiałem(am) informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem, w tym informacje dotyczące następujących aspektów planowanego zabiegu:
  - a) rozpoznanie i wskazania do zabiegu - proponowane oraz alternatywne metody diagnostyki i leczenia;
  - b) możliwe do przewidzenia skutki zaniechania leczenia;
  - c) cel, zakres i przebieg zabiegu;

podpis Pacjenta / przedstawiciela ustawowego

- d) możliwe powikłania i ryzyko ich wystąpienia;
  - e) zalecenia pooperacyjne.
- 2) Wszelkie informacje zostały mi przedstawione jasno i w sposób przystępny;
  - 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) w toku rozmowy z lekarzem miałem/-am pełną  możliwość  zadawania pytań dotyczących zabiegu i całego procesu leczenia;
  - 5) w toku rozmowy uzyskałem/-am również wszelkie, wyczerpujące i zrozumiałe wyjaśnienia dotyczące leczenia, a także, że uzyskałem/-am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania;
  - 6) w toku rozmowy zostałem/-am poinformowany/-a o alternatywnych możliwościach leczenia, z ewentualnością zaniechania leczenia włącznie;
  - 7) w toku rozmowy zostałem/-am poinformowany/-a o ryzyku towarzyszącym innym metodom leczenia i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia;
  - 8) rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Ponadto, zabieg jest wykonywany w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować  innych ukrytych problemów zdrowotnych;
  - 9) udzieliłem/-am wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego/pacjenta stanu zdrowia – zgodnie z zapisami w historii choroby;
  - 10) przyjmuję do wiadomości, że nie można udzielić  gwarancji, ani nie ma pewności, co do rezultatów, jakie zostaną uzyskane w wyniku proponowanego zabiegu;
  - 11) przyjmuję do wiadomości, że efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta;
  - 12) udzieliłem/-am pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie: mojego/pacjenta ogólnego stanu zdrowia, wszelkiego typu alergii i uczuleń, trwającej terapii chorób przewlekłych, istnienia/braku ciąży, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, przebytych urazów.
  - 13) wiadomym mi jest, że zatajenie informacji może spowodować  powstanie dodatkowego lub podwyższonego ryzyka zabiegu oraz traktowane jest, jako moje przyczynienie do powstania ewentualnej szkody (między innymi w postaci rozstroju zdrowia, uszkodzenia ciała lub negatywnego efektu zabiegu), za którą lekarz działając z należytą starannością nie ponosi odpowiedzialności.
  - 14) o wszelkich zmianach stanu mojego/pacjenta zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego;
  - 15) zostałem/-am poinformowany/-a o prawach pacjenta, w szczególności wynikających z ustawy Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta;
  - 16) Zgadzam się z przedstawioną diagnozą, jak i z zaproponowanym sposobem leczenia;
  - 17) Zdaję sobie sprawę, że ostateczny efekt planowanego zabiegu oraz ryzyko wystąpienia ewentualnych powikłań zależy również od przestrzegania zaleceń pooperacyjnych,
- 18) Wyrażam świadomą, dobrowolną zgodę na wykonanie u mnie / \_\_\_\_\_\* zabiegu szczegółowo opisanego powyżej;**
- 19) wyrażam świadomą zgodę na pobieranie materiałów biologicznych koniecznych do wykonania wszelkich badań  związanych z moim/pacjenta leczeniem, na wykonanie tych badań , na stosowanie u mnie/pacjenta koniecznych w procesie leczenia leków i materiałów medycznych, na niezbędną po zabiegu rehabilitację na oddziale szpitalnym oraz na konieczne i standardowo stosowane przy tego rodzaju zabiegach czynności pielęgnacyjne i opatrunkowe;
  - 20) wyrażam świadomą zgodę na ewentualne zmodyfikowanie sposobu operacji w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli taka konieczność  wyniknie w związku z sytuacjami dotąd nieznanymi i nieprzewidywanymi, które wymieniony wyżej lekarz uzna za niezbędne lub wskazane w czasie zabiegu operacyjnego;
  - 21) Wyrażam świadomą zgodę na znieczulenie uznane za konieczne lub wskazane przez lekarza leczącego lub lekarza anestezjologa;
  - 22) wyrażam świadomą zgodę na utylizację (zgodnie z zasadami postępowania z odpadami medycznymi) lub poddanie badaniom histopatologicznym wszelkich tkanek lub części ciała usuniętych podczas zabiegu.
  - 23) wyrażam świadomą zgodę /Nie zgadzam się\* - w razie takiej potrzeby, na przetoczenie krwi i jej preparatów;
  - 24) 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 życia, ryzykiem wystąpienia ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia;
  - 25) wyrażam świadomą zgodę na przeniesienie mnie/pacjenta do innego Szpitala zgodnie z decyzją lekarza operującego lub lekarza anestezjologa, jeżeli wymagałoby tego mój stan zdrowia;

podpis Pacjenta / przedstawiciela ustawowego

- 26) Wyrażam/nie wyrażam\* nieodpłatnie i bezterminowo zgodę na prowadzenie dokumentacji fotograficznej celem dołączenia do dokumentacji medycznej jak i ewentualnego wykorzystania do celów naukowych (np. publikacji w literaturze i internetowych portalach naukowych) bez ujawniania pełnego wizerunku oraz moich danych osobowych;
- 27) Potwierdzam, że moja zgoda na proponowany zabieg jest przemyślana, świadoma i dobrowolna.
- 28) Oświadczam, iż drugi rodzic pacjenta wyraził zgodę na zabieg.

**PROSIMY O PODPISANIE TYLKO, GDY ROZUMIEJĄ PAŃSTWO W PEŁNI TREŚĆ  
FORMULARZA, INFORMACJI PRZEKAZANYCH PRZEZ LEKARZA ORAZ WYRAŻACIE  
PAŃSTWO ŚWIADOMĄ I DOBROWOLNĄ ZGODĘ NA ZABIEG**

*Jeżeli pacjent jest małoletni, niezdolny do świadomego wyrażania zgody lub ubezwłasnowolniony całkowicie wymagana jest zgoda **jego przedstawiciela ustawowego**. W przypadku, kiedy pacjent małoletni ukończył 16 lat, jak również w przypadku pacjenta ubezwłasnowolnionego albo pacjenta chorego psychicznie lub upośledzonego umysłowo, lecz dysponującego dostatecznym rozręznaniem, wymagana jest także ich zgoda [zgoda kumulatywna]. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozręznaniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.*

.....

*Dane przedstawiciela ustawowego (Imię, nazwisko, nr i seria dokumentu tożsamości)\**

.....

*data i czytelny podpis pacjenta [należy odnotować sprzeciw pacjenta, jeśli został wyrażony]*

.....

*data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego\**

.....

*data, pieczętka i podpis lekarza*

**\*niepotrzebne skreślić**