

Imię i nazwisko Pacjenta:.....PESEL/Data urodzenia:.....

## FORMULARZ ZGODY

### I Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody

Imię i nazwisko Pacjenta:.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:.....

PESEL/Data urodzenia Pacjenta:.....

### II Nazwa procedury medycznej lub zabiegu

Diagnostyczne pobranie węzłów chłonnych

### III Opis choroby będącej przedmiotem zgłoszenia się pacjenta

Szanowni Państwo. Zgłosiliście się prawdopodobnie do lekarza w związku ze stwierdzeniem obecności wyczuwalnego przez skórę guza. Lekarz po przeprowadzonym badaniu stwierdził, że istnieje duże prawdopodobieństwo, że mamy do czynienia z powiększonym węzłem chłonny lub też pakietem (grupą) powiększonych węzłów chłonnych. Przesłankami, które zadecydowały o takim rozpoznaniu wstępnym, są zapewne: lokalizacja (jak na przykład dół pachowy, okolica pachwinowa, okolica podżuchwowa, nadobojczykowa i inne) oraz kształt, konsystencja i ruchomość samego guza. Biorąc pod uwagę fakt, że powiększenie węzła chłonnego może być czasami jedynym objawem bardzo poważnych chorób, w tym nowotworowych konieczne jest przeprowadzenie badania histopatologicznego (mikroskopowego) jego struktury. Ażeby przeprowadzić to badanie konieczne jest chirurgiczne wycięcie węzła chłonnego i przesłanie go do pracowni histopatologicznej.

Ponieważ trudno jest przewidzieć jednoznacznie z jakim guzem i o jakiej lokalizacji mamy do czynienia, proszę zapytać lekarza prowadzącego o wstępne rozpoznanie, które jest wskazaniem do leczenia operacyjnego, i wpisanie go do niniejszego formularza:

.....

### IV Opis przebiegu proponowanego leczenia:

Operację przeprowadza się zazwyczaj w znieczuleniu przewodowym-regionalnym. Ma ono na celu zniesienie bólu w operowanej okolicy ciała i nie jest związane z pozbawieniem świadomości. Polega ono na podaniu środka miejscowo znieczulającego w pobliżu pojedynczych nerwów, pni lub splotów nerwowych, co powoduje zniesienie bólu i temperatury w okolicy zaopatrywanej przez te nerwy, przy zachowanym czuciu dotyku i ucisku. Znieczuleniu temu towarzyszy często znaczne osłabienie siły mięśniowej w znieczulanej okolicy. W czasie znieczulenia, w razie potrzeby, stosowane są leki powodujące uspokojenie pacjenta. O szczegółach i zagrożeniach związanych ze znieczuleniem poinformuje Państwa lekarz przeprowadzający znieczulenie. W szczególnych sytuacjach może zaistnieć konieczność przeprowadzenia znieczulenia ogólnego, które znosi świadomość i odczuwanie bólu w całym organizmie. W takim przypadku o rodzaju znieczulenia ogólnego do przeprowadzenia operacji, jego przebiegu i możliwych zagrożeniach z nim związanych poinformuje Państwa lekarz anestezjolog. Proszę uwzględnić polecenia mające na celu zapobieganie powikłaniom znieczulenia ogólnego, a mianowicie na 6 godzin przed znieczuleniem

Imię i nazwisko Pacjenta:.....PESEL/Data urodzenia:.....

pacjentom nie wolno jeść, a 4 godziny pić. Podczas operacji guz zostanie zazwyczaj wycięty w granicach zdrowych makroskopowo tkanek, a ciągłość powłok zostanie odtworzona przez ich zeszytanie. 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 zeszytania poszczególnych warstw tkanek, a czasami wystarczy pojedynczy szew skóry. Czasami konieczny okaże się przeszczep z okolicznych tkanek, a czasami z odległych miejsc naszego ciała.

Przed operacją lekarz przeprowadzi z Państwem rozmowę o konieczności i możliwościach planowanego zabiegu, a także szczegółowo przedstawi Państwu jego przebieg. Ponieważ niemożliwe jest przewidzenie wszelkich rozpoznań, a zatem i przebiegu operacji proszę zwrócić się do lekarza z prośbą ażeby uzupełnił poniższy formularz o opis planowanego zakresu operacji:

.....  
.....

## **V Opis innych dostępnych metod**

Poza wycięciem węzła chłonny i poddaniem go badaniu histopatologicznemu istnieje możliwość wykonania biopsji przezskórnej węzła, która pozwala na pobranie materiału do badania cytologicznego (komórkowego). Badanie cytologiczne nie zapewnia jednak takiej precyzji w postawieniu rozpoznania jak badanie histopatologiczne, co może uniemożliwić, bądź opóźnić podjęcie odpowiedniego leczenia.

## **VI Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją**

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 żółtaczk 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;
- zbyt duże i przeszkadzające blizny, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub komplikacji w procesie gojenia;
- zaburzenie ukrwienia na skutek zamknięcia lub uszkodzenia naczynia krwionośnego, które może wywołać martwicę tkanek (np.: odleżyny);
- owrzodzenia w miejscu szwu;

Imię i nazwisko Pacjenta:.....PESEL/Data urodzenia:.....

• uszkodzenia nerwów, dające uczucie głuchoty, bólów, porażenia mięśni;  
Możliwe jest także wystąpienie innych nie zawsze możliwych do przewidzenia powikłań.  
Większość wymienionych powikłań może wymagać dalszych operacji lub leczenia, może być także przyczyną śmierci.

### **VII Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta**

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

.....  
.....  
.....

### **VIII Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych**

Po zakończonej operacji będzie zazwyczaj możliwy powrót do domu. W części przypadków może okazać się jednak konieczne przyjęcie Państwa do szpitala w celu obserwacji pooperacyjnej. Większość ran goi się bez powikłań, jednak u części chorych dochodzi do utrudnienia w gojeniu tkanek co może przedłużyć proces zdrowienia. Należy także pamiętać o uzyskaniu informacji na temat ostatecznego wyniku badania histopatologicznego (mikroskopowego) wyciętego guza i zaleceniach z tym związanych.

### **IX Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego badania i leczenia**

Celem proponowanego wycięcia węzła chłonного jest przeprowadzenie badania histopatologicznego i postawienie rozpoznania. Pozwoli to na podjęcie właściwego leczenia. Stąd też odstępianie od proponowanej procedury diagnostyczno-terapeutycznej może przyczynić się do dalszego postępu choroby w związku z opóźnieniem w podjętym leczeniu. W konsekwencji może to stanowić zagrożenie dla Państwa życia.

### **X Oświadczenie pacjenta**

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam\* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam\* poinformowany/na\* przez ..... o proponowanym rodzaju leczenia. Oświadczam, iż miałem/łam\* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam\* na nie odpowiedź. Jeżeli macie Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia prosimy o ich wpisanie poniżej:

.....  
.....  
.....

Data i podpis Pacjenta .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Imię i nazwisko Pacjenta:.....PESEL/Data urodzenia:.....

**Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji**

Data i podpis Pacjenta .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

**Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji**

Data i podpis Pacjenta .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej/zabiegu)

.....

.....

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam\* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób.

Data i podpis Pacjenta .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Data i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia

.....

\* niepotrzebne skreślić