

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

NASTAWIENIE ZŁAMANIA

### III Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Różne urazy mogą prowadzić do złamań kości długich bądź to na skutek bezpośredniego działania siły na kość, bądź na skutek przenoszenia siły przez kość na zasadzie dźwigni. Kiedy siła ta przekracza wytrzymałość kości, dochodzi do złamania. Skutkiem takiego urazu jest ból, obrzęk, krwiak i deformacja kończyny w miejscu złamania oraz ograniczenie zdolności do poruszania lub obciążania. Każde złamanie jest inne, bowiem każde z nich powoduje uraz o różnej sile, różnym kierunku działania i na różnie ustawioną kończynę. W wyniku złamania może dochodzić nie tylko do uszkodzenia samej kości, ale, nierzadko, również do obrażeń znajdujących się w pobliżu innych tworów, takich jak naczynia lub nerwy. Po dotychczas przeprowadzonym badaniu fizykalnym i diagnostyce obrazowej (rtg) stwierdziliśmy złamanie kości .....

Nie stwierdzamy objawów innych uszkodzeń, a jeśli pojawią się one w toku leczenia, będzie czas na ich ocenę i ewentualnie pogłębioną diagnostykę obrazową, po niej zaś na wdrożenie stosownego postępowania.

### IV Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Działanie nasze nie musi być natychmiastowe, niemniej jednak najlepszym sposobem leczenia jest próba doraźnego nastawienia złamania i unieruchomienia kończyny. Stworzy to warunki do gojenia złamania, zmniejszy ból i obniży ryzyko powikłań. Im szybciej podejmiemy się taką próbę, tym większą ma ona szansę powodzenia. Zabieg wykonany będzie w znieczuleniu.....

i polega na wykonaniu odpowiedniego rękoczynu, przy pomocy którego spróbujemy doprowadzić do przywrócenia anatomicznego kształtu kości, a w każdym razie takiego styku odłamów, który tworzy warunki do wygojenia z dobrą funkcją. Po zabiegu kończyna zostanie unieruchomiona w .....

W dalszym toku leczenia przewidujemy również kontrolę rtg prawidłowości ustawienia.

### V Opis innych dostępnych metod leczenia

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

W znacznej większości podobnych przypadków proponowana procedura, jeśli się powiedzie, jest wystarczająca do uzyskania satysfakcjonującego wyniku leczenia, oczywiście po odpowiednim okresie unieruchomienia dla wygojenia złamania i prawidłowego leczenia usprawniającego. Złamanie to można tylko unieruchomić, bez nastawienia, jeśli jednak nawet się zrośnie, to zrost będzie wadliwy, a funkcja kończyny upośledzona (skrócenie, załamanie osi, niestabilność stawu – zgodnie z rzeczywistą sytuacją). W grę oczywiście wchodzi operacja, ale nie stwarza dodatkowych szans na lepszy wynik leczenia, za to tworzy ryzyko dodatkowych powikłań, a nie ma tu na razie uzasadnienia, po pierwsze w stanie samej kości i po drugie wobec braku cech uszkodzenia ważnych nerwów czy naczyń.

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

W trakcie nastawiania złamania konieczne będzie użycie siły, by pokonać opór obkurczonych mięśni, znieczulenie częściowo go zmniejszy, ale nie zniesie. W trakcie nastawiania, na skutek rozciągania i przemieszczania kości może dojść do dodatkowych uszkodzeń takich choćby struktur jak ważne nerwy czy naczynia. Może zdarzyć się, że mimo poprawnego wykonania wszystkich czynności, także powtórzonych, nie uda się złamania zadawalająco nastawić. Niezależnie od metody leczenia może dojść do powstania krwiaka w okolicy złamania i następowego zakażenia. Bez zabiegu ryzyko zakażenia jest jednak mniejsze. Niezależnie od metody leczenia mogą wytworzyć się zakrzepy i zamknięcie naczynia krwionośnego przez wędrujący zakrzep (lub zator tłuszczowy), co może prowadzić do zatoru tętnicy płucnej, a w kończynie do uniedrożnienia żył i zespołu pozakrzepowego. Wymienione powikłania mogą wymagać dalszych operacji lub leczenia, a zator tętnicy płucnej 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**

Jeśli nastawienie się powiedzie, po okresie unieruchomienia około .....tygodni podjęte zostanie leczenie rehabilitacyjne, przy częściowym jeszcze odciążeniu kończyny, a po dalszych ..... (tygodniach/miesiącach) winna ona odzyskać swoje funkcje.

Jeśli jednak rehabilitacja nie będzie dostateczna, może pojawić się upośledzenie ruchomości sąsiadujących ze złamaniem poprzednio unieruchomionych stawów a z tym także ewentualne dolegliwości bólowe.

W toku leczenia może dojść wtórnego przemieszczenia odłamów i konieczna będzie ponowna interwencja.

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

Może też z różnych przyczyn nie dojść do zrostu złamania i wtedy również konieczne najpewniej będzie leczenie operacyjne.

Skutkiem unieruchomienia może też być odwapnienie kości obwodowych (tzw. zespół Sudecka), którego leczenie będzie wymagało bardzo intensywnej fizykoterapii, być może nawet substytucji wapniowej i hormonalnej, a na pewno łączyć się to będzie z dużymi dolegliwościami bólowymi.

Niezależnie od metody leczenia, także w terminie odległym, mogą wytworzyć się zakrzepy i zamknięcie naczynia krwionośnego przez wędrujący zakrzep (a także zator tłuszczowy), co może to prowadzić do zatoru tętnicy płucnej, a w końcu do uniedroźnienia żył i zespołu pozakrzepowego.

W okresie zrostu, zwłaszcza przy wybijającej kostninie, może też dojść do wtórnego uszkodzenia przebiegających w pobliżu złamania nerwów oraz widocznych deformacji kończyny.

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

Jeśli proponowane leczenie nie zostanie przeprowadzone, złamanie pozostanie przemieszczone, szans na prawidłowy zrost nie będzie, a wszystkie omówione powikłania i tak mogą, nawet z większym prawdopodobieństwem, wystąpić.

### **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.....

### **Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanego zabiegu**

Data i podpis pacjenta .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

### **Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanego zabiegu**

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

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