

"CHABER" Sp. z o. o.

M-MED LECZENIE SZPITALNE

ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO - ORTOPEDYCZNEJ JEDNODNIOWY

kod res. I 000000001270, V 04, VII 158, VIII 4670

53-144 Wrocław, ul. Ulanowskiego 18/20

Tel. 513902248, 513902282

NIP 894-27-22-074 REGON 932805140



## OŚWIADCZENIE PACJENTA

Przedstawicielem ustawowym, opiekunem faktycznym, \* jest Pan/Pani

Imię /imiona/ i nazwisko .....

Adres: .....

Nr. Telefonu.....

- *Niepotrzebne skreślić*
- *Dotyczy dzieci, pacjentów będących pod opieką, osób ubezwłasnowolnionych*

### UPOWAŻNIENIE OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA PACJENTA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH

- Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych
- Osobą upoważnioną do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych jest:
- Osobą upoważnioną do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej jest:

1. Imię /imiona/ i nazwisko .....

Adres: .....

Nr. Telefonu.....

2. Imię /imiona/ i nazwisko .....

Adres: .....

Nr. Telefonu.....

### Osobą odpowiedzialną za odebranie mnie po zabiegu i zapewnieniu mi opieki jest

1. Imię /imiona/ i nazwisko .....

Adres: .....

Nr. Telefonu.....

2. Imię /imiona/ i nazwisko .....

Adres: .....

Nr. Telefonu.....

Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.

Data .....

.....  
/podpis pacjenta/

.....  
/podpis przedstawiciela ustawowego/



"CHABER" Sp. z o. o.

**M-MED LECZENIE SZPITALNE**  
**ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO - ORTOPEDYCZNEJ JEDNODNIOWY**  
kod res. I 00000001270, V 04, VII 158, VIII 4670  
53-144 Wrocław, ul. Ulanowskiego 18/20  
Tel. 513902248, 513902282  
NIP 894-27-22-074 REGON 932805140



## **ŚWIADOMA ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU ARTROSKOPII STAWU KOLANOWEGO**

Imię i nazwisko: .....

PESEL:.....

Zostało u Państwa stwierdzone uszkodzenie stawu kolanowego. Aby wyjaśnić charakter stwierdzonego uszkodzenia, lekarz zalecił zabieg wziernikowania stawu (artroskopię). Ewentualnie stwierdzone uszkodzenia mogą być w trakcie zabiegu potwierdzone i naprawione (artroskopia operacyjna). Prosimy o uważne zapoznanie się z poniższymi informacjami.

### **I. INFORMACJE DLA PACJENTA/PREDSTAWICIELA USTAWOWEGO**

#### **JAK ZBUDOWANY JEST STAW KOLANOWY?**

STAW KOLANOWY JEST JEDNYM Z NAJWIĘKSZYCH I NAJBARDZIEJ SKOMPLIKOWANYCH STAWÓW W ORGANIZMIE LUDZKIM. ZACHODZĄ W NIM RUCHY ZGINANIA, PROSTOWANIA ORAZ W NIEWIELKIM STOPNIU RUCHY ROTACYJNE. STRUKTURY WCHODZĄCE W JEGO SKŁAD – RZEPKA, TOREBKA STAWOWA, WIĘZADŁA (POBOCZNE, KRZYŻOWE), A TAKŻE ŁĄKOTKI – ZAPEWNIAJĄ STABILNOŚĆ STAWU. STAW KOLANOWY JEST NARAŻONY NA DUŻE PRZECIĄŻENIA PODCZAS PORUSZANIA SIĘ, CO PROWADZI CZĘSTO DO JEGO USZKODZEŃ.

#### **NA CZYM POLEGA ZABIEG ARTROSKOPII?**

ZABIEG ARTROSKOPII PRZEPROWADZANY JEST W ZNIECZULENIU MIEJSCOWYM LUB W ZNIECZULENIU OGÓLNYM. O SZCZEGÓŁACH ZWIĄZANYCH ZE ZNIECZULENIEM POINFORMUJE PAŃSTWA LEKARZ ANESTEZJOLOG.

PRZED ROZPOCZĘCIEM OPERACJI MOŻE ZOSTAĆ ZASTOSOWANA OPASKA UCISKOWA NA UDO, ABY ZMNIJSZYĆ RYZYKO KRWAWIENIA W TRAKCIE ZABIEGU. POPRZEC MAŁE NACIĘCIE (OK 1/2 CM) WPROWADZONY ZOSTAJE PRZEZ LEKARZA OPERUJĄCEGO OPTYCZNY PRZYRZĄD (ARTROSKOP) – GRUBOŚĆ OŁÓWKA. PRZEWAŻNIE ZASTOSOWANIE MA SIĘ TZW. DOJŚCIE PRZEDNIE, OK. 1 CM BOCZNIE OD RZEPKI NA WYSOKOŚCI SZPARY STAWOWEJ. STAW JEST NASTĘPNIE WYPEŁNIANY PŁYNEM (SOLĄ FIZJOLOGICZNĄ), DZIĘKI CZEMU MOŻLIWE JEST OBEJRZENIE MINIATUROWĄ KAMERĄ CAŁEJ PRZESTRZENI JAMY STAWU.

ZWYKLE STOSUJE SIĘ DODATKOWO MINIATUROWY Haczyk, WPROWADZONY DO JAMY STAWU PRZEZ KOLEJNE MAŁE NACIĘCIE, ABY DOTKNĄĆ WEWNĘTRZNE STRUKTURY ANATOMICZNE, NP. ŁĄKOTKI, WIĘZADŁA, CHRZĄSTKĘ STAWOWĄ. PRZEZ TO DODATKOWE NACIĘCIE MOŻNA RÓWNIEŻ POBRAĆ PRÓBKI TKANEK STAWU DO BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO. PO ZAKOŃCZENIU ZABIEGU STAW JEST PONOWNIE WYPŁUKANY PRZY POMOCY PŁYNU (SOLI FIZJOLOGICZNEJ), A NIEWIELKIE RANY LEKARZ ZAOPATRUJE SZWAMI SKÓRNYMI.

#### **JAKIE OPERACJE MOŻNA PRZEPROWADZIĆ ARTROSKOPOWO?**

JEŚLI ZOSTANĄ STWIERDZONE LUB POTWIERDZONE SCHORZENIA STAWU KOLANOWEGO, LEKARZ MOŻE JE RÓWNIEŻ ARTROSKOPOWO ZAOPATRYĆ (TZW. „OPERACJE PRZEZ DZIURKĘ OD KLUCZA”). STOSOWANE SĄ SPECJALNE MINIATUROWE NARZĘDZIA ORAZ IMPLANTY, UMOŻLIWIAJĄCE NP. NAPRAWĘ LUB CZĘŚCIOWE WYCIECIE USZKODZONEGO FRAGMENTU ŁĄKOTKI.

### **NASTĘPUJĄCE OPERACJE MOGĄ ZOSTAĆ PRZEPROWADZONE ARTROSKOPOWO:**

- WYCIECIE ŁĄKOTKI (CZĘŚCIOWE LUB CAŁKOWITE), SZCIECIE ŁĄKOTKI PRZY POMOCY NICI LUB SPECJALNEGO IMPLANTU
- WYGŁADZENIE CHRZĄSTKI STAWOWEJ (CHONDROPLASTYKA), POBUDZENIE GOJENIA USZKODZEŃ CHRZĄSTKI (NP. POPRZECZ MIKROZŁAMANIA – NAWIERCANIE MIEJSC USZKODZONYCH), PRZESZCZEP CHRZĄSTKI STAWOWEJ
- USUNIĘCIE CIAŁ WOLNYCH STAWU
- UWOLNIENIE ZROSTÓW WEWNĄTRZSTAWOWYCH, PRZECIĘCIE FAŁDÓW BŁONY MAZIOWEJ
- PLASTYKA / REKONSTRUKCJA WIĘZADEŁ KRZYŻOWYCH
- USUNIĘCIE PRZEROŚNIĘTEJ I/LUB CHOROBOWO ZMIENIONEJ BŁONY MAZIOWEJ (SYNOWEKTOMIA)
- WYCZYSZCZENIE I PŁUKANIE STAWU, DRENAŻ
- PRZECIĘCIE TROCZKÓW RZEPKI W PRZYPADKU JEJ BOCZNEGO USTAWIENIA I TENDENCJI DO ZWICHANIA
- INNE:.....

W ZALEŻNOŚCI OD STOPNIA ZŁOŻONOŚCI STWIERDZONYCH USZKODZEŃ STAWU KOLANOWEGO, ZABIEG ARTROSKOPII MOŻE TRWAĆ OD 10 DO 90 MINUT; ZWYKLE JEDNAK NIE PRZEKRACZA OKOŁO 25 MINUT.

W PRZYPADKU, GDY KONIECZNE BĘDZIE UŻYCIE DRENAŻU STAWU LUB SPECJALNEGO UNIERUCHOMIENIA (ORTEZA – ZAOPATRZENIE ORTOPEDYCZNE), LEKARZ OPERUJĄCY ODDZIELNIE POINFORMUJE O TYM FAKCIE.

### **CZY ISTNIEJĄ ALTERNATYWNE SPOSOBY LECZENIA?**

ZAMIAST LECZENIA ARTROSKOPOWEGO SCHORZEŃ STAWU KOLANOWEGO W NIEKTÓRYCH PRZYPADKACH MOŻLIWE JEST ZASTOSOWANIE INNYCH METOD, NP. LECZENIA ZACHOWAWCZEGO PRZY POMOCY LEKÓW (OGÓLNYCH, MIEJSCOWYCH, WSTRZYKNIĘĆ DOSTAWOWYCH), REHABILITACJI/FIZJOTERAPII, OTWARTEJ OPERACJI STAWU (TZW.ARTROTOMII), OSZCZĘDZANIA STAWU POPRZECZ JEGO UNIERUCHOMIENIE. LEKARZ POINFORMUJE PAŃSTWA, DLACZEGO ZALECA JAKO WŁAŚCIWE LECZENIE ARTROSKOPOWE.

### **MOŻLIWE ZMIANY/KOMPLIKACJE ZABIEGU ARTROSKOPII**

ARTROSKOPIA STAWU KOLANOWEGO JEST MAŁO RYZYKOWNĄ RUTYNOWĄ PROCEDURĄ OPERACYJNĄ; RZADKO WYSTĘPUJĄ PRZY NIEJ POWIKŁANIA. POMIMO DOCHOWANIA NALEŻYTEJ STARANNOŚCI, MOŻE DOJŚĆ DO KOMPLIKACJI, STANOWIĄCYCH ZAGROŻENIE DLA ŻYCIA I ZDROWIA ORAZ WYMAGAJĄCYCH DALSZEGO LECZENIA, A NAWET PONOWNYCH OPERACJI. WPŁYW NA TO MOGĄ MIEĆ WCZEŚNIEJSZE SCHORZENIA U PACJENTA LUB INDYWIDUALNE ZMIENNOŚCI W BUDOWIE ANATOMICZNEJ STAWU KOLANOWEGO.

### **DO NAJCZĘSTSZYCH KOMPLIKACJI NALEŻĄ:**

- ZAKAŻENIE STAWU KOLANOWEGO (INFEKCJA). DO OBJAWÓW NALEŻĄ: OBRZĘK STAWU, BOLESNOŚĆ, NADMIERNE UCIEPLENIE OKOLICY STAWU, GORĄCZKA. OPRÓCZ STOSOWANIA ANTYBIOTYKÓW, LECZENIE ZAKAŻENIA STAWU MOŻE OBEJMOWAĆ DALSZE ZABIEGI CHIRURGICZNE. W BARDZO RZADKICH PRZYPADKACH INFEKCJA STAWU MOŻE PROWADZIĆ DO ZNISZCZENIA STRUKTUR ANATOMICZNYCH STAWU Z TRWAŁYM USZTYWNIENIEM STAWU, W PRZYPADKACH SKRAJNYCH – NAWET DO UTRATY KOŃCZYNY. ZAKAŻENIE MIEJSCA OPEROWANEGO MOŻE WYMAGAĆ LECZENIA LEKAMI (ANTYBIOTYKOTERAPIA) LUB LECZENIA OPERACYJNEGO (CHIRURGICZNE OTWARCIE I OCZYSZCZENIE RANY). BARDZO RZADKO DOCHODZI DO SEPSY (ZAKAŻENIE KRWI) – STAN ZAGROŻENIA ŻYCIA, WYMAGAJĄCY LECZENIA W ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII;
- U PACJENTÓW >50 R.Ż. PO ZABIEGU ARTROSKOPII MOŻE DOJŚĆ DO TZW. OBRZĘKU SZPIKU KOSTNEGO (WIDZIALNE JEDYNIEM W BADANIU REZONANSU MAGNETYCZNEGO), OBJAWIAJĄCEGO SIĘ PRZEWLEKŁYM, SILNYM BÓLEM KOLANA.

OKAZJONALNIE MOŻE POWSTAĆ TZW. MARTWICA KOŚCI, KTÓRA WYMAGAĆ BĘDZIE LECZENIA W POSTACI CZĘŚCIOWEJ WYMIANY STAWU. U CHORYCH NA OSTEOPOROZĘ LUB NA INNE ZABURZENIA METABOLICZNE TKANKI KOSTNEJ MOŻE POWSTAĆ ZŁAMANIE/NADŁAMANIE KOŚCI; U PACJENTÓW BEZ ZABURZEŃ MINERALIZACJI KOŚCI MOGĄ ULEC USZKODZENIU/ZERWANIU WIĘZADŁA STAWU KOLANOWEGO (POBOCZNE, KRZYŻOWE);

- REAKCJE ALERGICZNE( NP. NA LATEKS, NA STOSOWANE LEKI) MOGĄ PROWADZIĆ W RZADKICH PRZYPADKACH DO WSTRZĄSU, KTÓRY WYMAGA INTENSYWNEJ TERAPII. DO POWAŻNYCH POWIKŁAŃ WSTRZĄSU NALEŻĄ: PORAŻENIA, USZKODZENIE MÓZGU, NIEWYDOLNOŚĆ WIELONARZĄDOWA.
- CHOROBA ZAKRZEPowo-ZATOROWA – ZABIEG CHIRURGICZNY JEST CZYNNIKIEM RYZYKA POWSTANIA ZAKRZEPÓW W NACZYNIACH KRWIONOŚNYCH ( ZAKRZEPICA ŻYŁ KOŃCZYN DOLNYCH), KTÓRE MOGĄ PROWADZIĆ DO POWAŻNYCH NASTĘPSTW (ZATOR – ZAMKNIĘCIE NACZYNIA KRWIONOŚNEGO, ZATOROWOŚĆ PŁUCNA, UDAR MÓZGU, ZAWAŁ SERCA). EWENTUALNE LEKI STOSOWANE W PROFILAKTYCE CHOROBY ZAKRZEPowo-ZATOROWEJ MOGĄ Z KOLEI ZWIĘKSZAĆ RYZYKO KRWAWIEŃ.

- PODCZAS WPROWADZANIA DO STAWU ARTROSKOPU ORAZ INNYCH NARZĘDZI OPERACYJNYCH MOŻE DOJŚĆ DO USZKODZENIA POWIERZCHNI STAWOWEJ – CHRZĄSTKI LUB/Í INNYCH STRUKTUR. ZAZWYCZAJ USZKODZENIA TE SĄ NIEWIELKIE I NIE POWODUJĄ ISTOTNYCH NASTĘPSTW. PRZY WIĘKSZYCH I GŁĘBOKICH UBYTKACH CHRZĄSTKI NIE MOŻNA JEDNAK WYKLUCZYĆ, ŻE MOŻE ZOSTAĆ WYWOŁANA BĄDŹ PRZYSPIESZONA CHOROBA ZWYRODNINIOWA STAWU (ARTROZA);
- CZASEM PO OPERACJI DOCHODZI DO POWSTANIA WYSIĘKU W STAWIE, NP. Z POWODU KRWAWIENIA W TRAKCIE ZABIEGU LUB Z POWODU PODRAŻNIENIA (NACIĄGNIĘCIA) BŁONY MAZIOWEJ TOREBKI STAWOWEJ. TAKI STAN WYMAGA PUNKCJI STAWU I ODBARCZENIA WYSIĘKU. WYSIĘKI MOGĄ POJAWIAĆ SIĘ WIELOKROTNI W CIĄGU KILKU TYGODNI OD OPERACJI;
- W RZADKICH PRZYPADKACH MOŻE DOJŚĆ DO USZKODZENIA WAŻNYCH NACZYŃ KRWIONOŚNYCH, CO PROWADZI DO SILNEGO KRWAWIENIA, I MOŻE WYMAGAĆ: PRZETOCZENIA KRWI, OPERACYJNEGO PODWIĄZANIA NACZYŃ KRWIONOŚNYCH LUB OPERACYJNEGO ODTWORZENIA CIĄGŁOŚCI DUŻYCH NACZYŃ. W PRZYPADKU BRAKU POWODZENIA TAKIEGO POSTĘPOWANIA, W OSTATECZNOŚCI KONIECZNA MOŻE BYĆ AMPUTACJA PODUDZIA Z POWODU NIEDOKRWIENIA. PRZETOCZENIE KRWI WIĄŻE SIĘ Z KOLEI Z RYZYKIEM PRZENIESIENIA CHOROBY ZAKAŻNYCH (TAKICH JAK ŻÓŁTACZKA WZW TYPU B/C, AIDS);
- W BARDZO RZADKICH PRZYPADKACH USZKODZENIE OTACZAJĄCYCH TKANEK / STRUKTUR (NP. ŚCIEGIEN, WIĘZADEŁ, MIĘŚNI) LUB/Í USZKODZENIE NERWÓW WYMAGAĆ BĘDZIE LECZENIA OPERACYJNEGO BĄDŹ ROZSZERZENIA ZAKRESU OPERACJI. PRZY USZKODZENIU NERWU MOGĄ WYSTĄPIĆ PRZEJŚCIOWE (BARDZO RZADKO TRWAŁE) ZABURZENIA CZUCIA, NERWOBÓLE, A CZASEM PORAŻENIA MIĘŚNI SZKIELETOWYCH PODUDZIA/STOPY (NP. OPADANIE STOPY);
- PRZEJŚCIOWE, RZADKO TRWAŁE USZKODZENIA MAŁYCH NERWÓW SKÓRNYCH, KTÓRE MOGĄ PROWADZIĆ DO ZABURZEŃ CZUCIA DOTYKU, UCZUCIA DRĘTWIENIA LUB BOLESNEJ PRZECZULICY NA NIEWIELKICH OBSZARACH SKÓRY;
- PŁYN (NP. SÓL FIZJOLOGICZNA) UŻYWANY PODCZAS ARTROSKOPII MOŻE PRZENIKNAĆ DO SĄSIEDNICH TKANEK MIĘKKICH. DOCHODZI DO TEGO NAJCZĘŚCIEJ W PRZYPADKU, GDY USZKODZONE SĄ W KOLANIE STRUKTURY ANATOMICZNE, NP. TOREBKA STAWOWA. TAKI STAN NAGROMADZENIA PŁYNU W TKANKACH MIĘKKICH JEST PRAWIE ZAWSZE NIESZKODLIWY I PRZECHODZI SAMOISTNIE PO KILKU DNIAH. W BARDZO RZADKICH PRZYPADKACH MOŻE SPOWODOWAĆ ZABURZENIA UKRWIENIA ( WSKUTEK WZROSTU CIŚNIENIA TKANKOWEGO I UCISKU NA NACZYNIA KRWIONOŚNE) I ZABURZENIA FUNKCJI OPEROWANEJ KOŃCZYNY; W PRZYPADKACH SZCZEGÓLNIE RZADKICH DOCHODZI DO ROZWINIĘCIA ZESPOŁU CIASNOTY PRZEDZIAŁU POWIĘZIOWYCH, KTÓRY NIELECZONY MOŻE BYĆ POWODEM DO AMPUTACJI PODUDZIA;
- USZKODZENIA SKÓRY, TKANEK MIĘKKICH, NERWÓW – ZWIĄZANE Z UŁOŻENIEM NA STOLE OPERACYJNYM, LUB ZABIEGAMI TOWARZYSZĄCYMI WŁAŚCIWEJ OPERACJI (NP. ZASTRZYKI, DEZYNFEKCJA, POLE ELEKTROMAGNETYCZNE WYTWARZANE PRZEZ APARAT DO ELEKTROCHIRURGII) – SĄ Z REGUŁY RZADKIE. MOŻLIWE NASTĘPSTWA TYCH USZKODZEŃ TO: BÓLE, MARTWICA TKANEK, BLIZNOWACENIE, ZABURZENIA CZUCIA, PORAŻENIA MIĘŚNI;
- PRZEJŚCIOWE, ALE CZASEM TEŻ I TRWAŁE USZKODZENIA UKRWIENIA KOŃCZYNY, USZKODZENIA MIĘŚNI I NERWÓW – AŻ DO DO CZĘŚCIOWEGO PORAŻENIA OPEROWANEJ KOŃCZYNY – MOGĄ BYĆ NASTĘPSTWEM UŻYCIA OPASKI UCISKOWEJ NA UDO. ZABURZENIA TE SĄ JEDNAK WYJĄTKOWO RZADKIE, I W WIĘKSZOŚCI PRZYPADKÓW ŁATWO PODDAJĄ SIĘ LECZENIU;
- W CZASIE OPERACJI MOŻE DOJŚĆ DO USZKODZENIA I ZŁAMANIA NARZĘDZI OPERACYJNYCH (NP. HAKÓW, WIERTEŁ, DRUTÓW). JEŚLI ODERWANY MATERIAŁ POZOSTANIE JAKO CIAŁO OBCE W KOŚCI, ZWYKLE NIE POWODUJE TO DOLEGLIWOŚCI I NIE WYMAGA OPERACYJNEGO USUNIĘCIA. ODERWANE CZĘŚCI INSTRUMENTARIUM, BĘDĄCE W JAMIE STAWOWEJ ZWYKLE USUWANE SĄ DROGĄ ARTROSKOPOWĄ BEZ WIĘKSZYCH KOMPLIKACJI, BARDZO RZADKO KONIECZNE JEST USUNIĘCIE DROGĄ ARTROMII (OPERACYJNEGO OTWARCIA STAWU);
- PATOLOGICZNY PRZEROST BLIZNY POOPERACYJNEJ ( TZW. BLIZNOWIEC – KELOID) ZWIĄZANY Z WRODZONĄ SKŁONNOŚCIĄ I ZABURZENIAMI GOJENIA TKANEK MIĘKKICH – JEST RZADKO SPOTYKANY. ZMIANY ZABARWIENIA SKÓRY, BOLESNOŚĆ, OGRANICZENIE RUCHOMOŚCI – SĄ MOŻLIWYM NASTĘPSTWEM TAKIEGO BLIZNOWACENIA. MOŻE TO WYMAGAĆ PÓŹNIEJSZYCH ZABIEGÓW NAPRAWCZYCH;
- W WYJĄTKOWYCH PRZYPADKACH MOŻE DOJŚĆ DO BOLESNEGO OBRZĘKU TKANEK MIĘKKICH LUB ZABURZONEGO GOJENIA TKANEK Z NASTĘPCZYM BLIZNOWACENIEM. W PRZEBIEGU SCHORZENIA DOCHODZI WTEDY DO DEGENERACJI MIĘŚNI I TKANKI KOSTNEJ, CO MOŻE SKUTKOWAĆ OGRANICZENIEM RUCHOMOŚCI AŻ DO SZTYWNOŚCI STAWU ( SCHORZENIA TAKIE JAK: ARTROFIBROZA, ZESPÓŁ SUDECKA, „ZESPÓŁ CYKLOPA”).

## **RYZYKO PRZY SZCZEGÓLNYCH RODZAJACH OPERACJI**

- W SYTUACJI OPÓŹNIONEGO GOJENIA TKANKI KOSTNEJ, ZABURZEŃ MINERALIZACJI LUB UTRATY SUBSTANCJI BUDULCOWYCH KOŚCI (NP. OSTEOPOROZA) LUB W PRZYPADKU ZBYT WCZESNEGO URUCHOMIENIA OPEROWANEJ KOŃCZYNY (I JEJ PEŁNEGO OBCIĄŻENIA) MOŻE DOJŚĆ DO ZŁAMANIA, OBLUZOWANIA LUB ZMIANY POŁOŻENIA (MIGRACJI) ZASTOSOWANYCH W CZASIE OPERACJI IMPLANTÓW (NP. ŚRUB, KOTWIC, PŁYTEK). TAKI STAN MOŻE PROWADZIĆ DO USZKODZENIA TKANEK OTACZAJĄCYCH OPEROWANY STAW (NP. NACZYŃ KRWIONOŚNYCH, NERWÓW, INNYCH TKANEK MIĘKKICH. W TAKICH SYTUACJACH KONIECZNY JEST ZWYKLE PONOWNY ZABIEG;
- W RZADKICH PRZYPADKACH DOCHODZI DO NIEPRZEWIDZIANEJ NIETOLERANCJI ZASTOSOWANEGO W IMPLANTACH MOCUJĄCYCH MATERIAŁU („REAKCJA PRZECIWKO OBCEMU CIAŁU”). JAKO NASTĘPSTWA TAKIEJ REAKCJI WYRÓŻNIA SIĘ: REAKCJE SKÓRNE, BOLESNOŚĆ, OBLUZOWANIE ZASTOSOWANEGO MATERIAŁU;
- NIEZAMIERZONE USZKODZENIA TKANEK MIĘKKICH WSKUTEK UŻYCIA APARATU DO ELEKTROCHIRURGII, EMITUJĄCEGO PROMIENIOWANIE ELEKTROMAGNETYCZNE (TZW. WAPORYZATOR) – TEORETYCZNIE SĄ MOŻLIWE, MOGĄ PROWADZIĆ DO DEGENERACJI TKANEK MIĘKKICH ( NP. CHRZĄSTKI STAWOWEJ);
- ZASTOSOWANIE W RAMACH OPERACJI MOBILNEGO APARATU RTG WIĄŻE SIĘ Z OBCIĄŻENIEM PROMIENIOWANIEM JONIZUJĄCYM. W PRZYPADKU NOWOCZESNYCH APARATÓW RENTGENOWSKICH ZASTOSOWANE DAWKI PROMIENIOWANIA SĄ BARDZO NISKE I PRAWIE NIESZKODLIWE.

○ INNYCH MOŻLIWYCH POWIKŁANIACH/KOMPLIKACJACH W PRZYPADKU KONKRETNÝCH RODZAJÓW ZABIEGÓW ZOSTANĄ PAŃSTWO POINFORMOWANI SZCZEGÓŁOWO PRZEZ LEKARZA OPERUJĄCEGO. W RAZIE JAKICHKOLWIEK WĄTPLIWOŚCI, PROSIMY O ZADAWANIE PYTAŃ.

### **SZANSE POWODZENIA OPERACJI**

W WIĘKSZOŚCI PRZYPADKÓW WYSTARCZA JEDEN ZABIEG ARTROSKOPII, ABY WYJAŚNIĆ PRZYCZYNĘ DOLEGLIWOŚCI ZE STRONY STAWU KOLANOWEGO I EWENTUALNIE PODJĄĆ OPERACYJNE LECZENIE. POWODZENIE JEDNAK, JAK W PRZYPADKU KAŻDEJ INTERWENCJI CHIRURGICZNEJ, NIE MOŻE BYĆ ZAGWARANTOWANE. CZASEM POMIMO LECZENIA PIERWOTNYCH DOLEGLIWOŚCI, UTRZYMUJĄ SIĘ ONE, BĄDŹ PO PEWNYM CZASIE POJAWIAJĄ SIĘ OD NOWA. W TAKICH PRZYPADKACH MOŻE BYĆ KONIECZNY PONOWNY ZABIEG ARTROSKOPOWY (REARTROSKOPIA

## **II. OŚWIADCZENIE LEKARZA OPERATORA**

Omówiłem z pacjentem/pacjentką treść powyższej informacji. Pacjent/pacjentka miał/miała możliwość nieograniczonego zadawania pytań, uzyskania na nie szczegółowych odpowiedzi oraz przeczytania niniejszego formularza.

Wrocław, dn. ....

.....  
(podpis lekarza)

## **III. ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU**

Oświadczam, że w pełni zrozumiałem/-am informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lek. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej spełnione zostały wszelkie moje wymagania, co do informacji na temat:

Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie zabiegu operacyjnego artroskopii stawu kolanowego oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji w przypadku wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Zdaję sobie sprawę, że zmiany lub rozszerzenie zakresu operacji zostanie przeprowadzona jedynie w przypadku wystąpienia poważnego zagrożenia mojego zdrowia lub życia i nie będzie możliwości uzyskania na to osobnej zgody.

Miałem/-am możliwość zadawania pytań i na wszystkie pytania udzielono mi odpowiedzi w sposób dla mnie satysfakcjonujący

Wrocław, dn. ....

.....  
(podpis pacjenta)

W przypadku obecności podczas rozmowy osoby towarzyszącej

.....  
(podpis świadka)

"CHABER" Sp. z o. o.  
M-MED LECZENIE SZPITALNE  
ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO - ORTOPEDYCZNEJ JEDNODNIOWY  
kod res. I 000000001270, V 04, VII 158, VIII 4670  
53-144 Wrocław, ul. Ulanowskiego 18/20  
Tel. 513902248, 513902282  
NIP 894-27-22-074 REGON 932805140



Wrocław, .....

## ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Imię i nazwisko: .....

PESEL: ....., Data urodzenia: .....

Wzrost: ..... cm Waga: .....kg ASA .....

Znieczulenie: ..... Do zabiegu: .....

### Drogi Pacjencie!

Prosimy o uważne zapoznanie się z informacjami zawartymi w pierwszej części formularza, zachęcamy do zadawania pytań, które pomogą w zrozumieniu omawianego tematu

1. Zabiegi operacyjne ortopedyczne można wykonywać w znieczuleniu miejscowym lub znieczuleniu ogólnym. Zabieg jest doświadczeniem stresującym, dlatego też przed operacją stosuje się też premedykację, podczas której często podaje się leki mają na celu zmniejszenie niepokoju i lęku. Zespół lekarsko-pielęgniarski przez cały czas trwania zabiegu, a także przed i po nim sprawuje nadzór nad pacjentem kontrolując stan zdrowia i czuwając nad jego bezpieczeństwem.

Wybór rodzaju znieczulenia zależy od kilku czynników. Przede wszystkim od charakteru zabiegu, jego rozległości i obszaru ciała, na którym jest przeprowadzany.

**I. Znieczulenie regionalne (inaczej miejscowe, obwodowe)** jest metodą blokowania bólu, polegającym na odwracalnym przerwaniu przewodnictwa nerwowego w określonych okolicach ciała. Podczas tego znieczulenia pacjent może pozostać świadomy. Znieczulenie to wykonywane jest przez lekarza anestezjologa lub lekarza operatora.

**II. Znieczulenie ogólne.** W pełni kontrolowane i odwracalne zniesienie stanu przytomności i odczuwania bólu. Pacjent znajduje się wtedy w stanie podobnym do bardzo głębokiego snu. Sen i brak odczuwania bólu są następstwem działania leków podawanych przez zespół anestezjologiczny w formie dożylną (przez założoną do żyły obwodowej kaniulę typu wenflon) lub wziewnie w postaci par gazów anestetycznych podawanych do oddychania. Podczas większości przeprowadzanych znieczuleń Pacjent nie oddycha sam, a czynność tę przejmuje i kontroluje lub tylko wspomaga aparat do znieczulenia nadzorowany przez zespół anestezjologiczny. Drogi oddechowe znieczulonego Pacjenta z aparatem do znieczulenia łączy wtedy rurka intubacyjna albo maska krtaniowa, zależnie od wskazań. Intubacja, czyli założenie rurki do tchawicy stanowi najpewniejsze zabezpieczenie dróg oddechowych np. przed przedostaniem się tam treści pokarmowej wstecznie z żołądka.

### 2. Ryzyko związane ze znieczuleniem

Pomimo wszystkich zabezpieczeń istnieje pewne ryzyko znieczulenia. Na to ryzyko wpływa wiele czynników. Ze strony Pacjenta to wiek (ryzyko rośnie po 70 roku życia), choroby przewlekłe (szczególnie choroby układu krążenia i układu oddechowego), nakładające się ostre stany infekcji, przewlekłe palenie tytoniu, przewlekłe przyjmowanie leków. Kwalifikacja anestezjologiczna uwzględnia te wszystkie czynniki, określa ryzyko znieczulenia w odpowiednich skalach i możliwość wystąpienia powikłań w okresie okołooperacyjnym. Zabieg planowy to zabieg u przygotowanego pacjenta, wykonany w najlepszym, możliwym do osiągnięcia stanie zdrowia. Jest obarczony najmniejszą ilością możliwych zdarzeń niepożądanych.

Najczęstsze zdarzenia niepożądane to:

- Zasinienie miejsce założenia dostępu dożylnego (wenflon) lub konieczności ponownego ułknięcia.
- Chrypka, ból gardła po intubacji.
- Skaleczenie gardła lub uszkodzenie strun głosowych.
- Nudności i wymioty.

- Uszkodzenie zębów najczęściej tych ruszających się.
- Przemijające wysypki jako efekt niewielkiej reakcji alergicznej po lekach.

Ciężkie i bardzo poważne powikłania zdarzają się bardzo rzadko i są to:

- Głęboki spadek ciśnienia tętniczego.
- Zatrzymanie krążenia.
- Zatrzymanie oddechu.
- Skurcz krtani i oskrzeli.
- Zachłyśnięcie treścią żołądkową.
- Wstrząs anafilaktyczny.

Wymagają one natychmiastowego leczenia i są niebezpieczne dla życia

### **3. Wskazówki żywieniowe zapobiegające powikłaniom**

**Biorąc pod uwagę Państwa bezpieczeństwo prosimy o bezwzględne zastosowanie się do następujących wytycznych:**

- w dniu poprzedzającym zabieg operacyjny proszę zjeść lekkostrawną kolację.
- w dniu zabiegu proszę przyjąć wszystkie swoje leki popijając niewielką ilością wody.
- zwykle w zabiegach tzw. jednodniowych pozwalamy na wypicie pół szklanki wody przed wyjściem z domu (2 godziny przed zabiegiem), szczególnie jeśli Państwo jadą z daleka – **nie później i nie więcej!**

### **4. Jeśli Pacjent przyjmuje leki**

Leki przyjmowane stale należy kontynuować i nie odstawiać w okresie okołoperacyjnym.

Także leczenie przeciwkrzepliwie (antykoagulanty i leki przeciw płytkowe) nie powinno być odstawiane ani zmieniane na czas operacji ortopedycznych wykonywanych w ramach chirurgii jednego dnia w naszym ośrodku.

Wyjątek mogą stanowić pacjenci, u których planujemy zabieg związany z większą możliwością krwawienia. W tym wypadku o dostosowaniu leczenia poinformuje lekarz operator na wizycie kwalifikacyjnej.



**Ankieta anestezjologiczna służy poprawieniu bezpieczeństwa znieczulenia.**

Każde pytanie odnosi się do pewnych czynników ryzyka znieczulenia. Proszę dokładnie wypełnić ankietę, a wszelkie ewentualne wątpliwości wyjaśnią Państwo podczas rozmowy z anestezjologiem. Zgodę na znieczulenie proszę podpisać w jego obecności.

1. Czy leczy się Pan(i) ostatnio?  TAK  NIE

Jeśli tak, to na jakie schorzenie

.....

2. Jakie leki Pan(i) obecnie przyjmuje

.....

3. Przebyte zabiegi operacyjne:

A.....w roku .....

B.....w roku .....

C.....w roku .....

D.....w roku .....

Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie?  TAK  NIE

**Przebyte choroby/ schorzenia:**

4. Choroby serca (zawał, zapalenie, niedokrwienie mięśnia sercowego, wada)  TAK  NIE

5. Choroby krążenia (ciśnienie krwi wysokie, niskie, omdlenia, zmęczenie, duszności)  TAK  NIE

6. Choroby naczyń (żylaki, bóle łydek przy chodzeniu, złe ukrwienie kończyn, zapalenie żył)  TAK  NIE

7. Choroby płuc (gruźlica, zapalenie płuc, rozedma, płwica)  TAK  NIE

8. Choroby dróg oddechowych (astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli)  TAK  NIE

9. Choroby żołądka (zapalenie, choroba wrzodowa)  TAK  NIE

10. Choroby wątroby (żółtaczkę, zastój, stłuszczenie)  TAK  NIE

11. Choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamienie nerkowe, trudności w oddawaniu moczu)  TAK  NIE

12. Choroby przemiany materii (cukrzyca, DNA)  TAK  NIE

13. Choroby tarczycy (wzrost, obojętne, nadczynność, niedoczynność)  TAK  NIE

14. Choroby oczu (np. jaskra)  TAK  NIE

15. Choroby nerwów (porażenia, drętwienia, udar)  TAK  NIE

16. Zmiany nastroju (np. depresja, nerwica)  TAK  NIE

17. Choroby układu szkieletowego (np. bóle korzonkowe, zmiany kręgosłupa, stawów, osłabienie mięśni)  TAK  NIE

18. Choroby krwi i układu krzepnięcia (np. skłonność do krwawień, siniaków)  TAK  NIE

19. Uczulenia (katar sienny, wysypka, uczulenia na pokarmy, leki, plaster, jod)  TAK  NIE

20. Czy jest Pani w ciąży?  TAK  NIE

21. Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę? .....

22. Czy nosi Pan(i) protezy zębowe lub szkła kontaktowe?  TAK  NIE

23. Czy pali Pan(i) papierosy?  TAK  NIE

**Uwagi lekarza o rozmowie objaśniającej:**

.....

.....

Zlecona premedykacja:

.....



**WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY**  
**w kierunku ryzyka zakażeniem wirusem HBV, HCV**  
(dotyczy okresu 6 miesięcy przed przyjęciem do szpitala)



Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

**WYWIAD dotyczy okresu 6 miesięcy przed przyjęciem do szpitala !!!!!**

1. Czy chorował(a) na wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę?  TAK  NIE

Jeśli tak, to kiedy .....

2. Czy był(a) leczony(a) w innych placówkach Służby Zdrowia? w tym także gabinetach prywatnych?  TAK

NIE

jeśli tak, gdzie? .....

jeśli tak, kiedy? .....

3. Czy miał(a) kontakt z chorym na WZW B, WZW C?  TAK  NIE

jeśli tak, gdzie? .....

4. Czy otrzymał(a) iniekcje, kroplówki, transfuzje?  TAK  NIE

jeśli tak, gdzie? .....

jeśli tak, kiedy? .....

5. Czy miał(a) wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne (biopsje, punkcje, akupunkturę, operacje, pobrania krwi)?  TAK  NIE

jeśli tak, gdzie? .....

jeśli tak, kiedy? .....

6. Czy był(a) szczepiony(a) kiedykolwiek przeciw WZW-B?  TAK  NIE

jeśli tak, ile razy? .....

7. Czy miał(a) wykonywane badania endoskopowe?  TAK  NIE

jeśli tak, gdzie? .....

jeśli tak, kiedy? .....

8. Czy korzystał(a) z usług gabinetów stomatologicznych? (ekstrakcja zębów, plomby, usuwanie kamienia nazębnego)  TAK  NIE

jeśli tak, gdzie? .....

jeśli tak, kiedy? .....

9. Czy korzystał(a) z usług lekarzy okulistów?  TAK  NIE

jeśli tak, gdzie? .....

jeśli tak, kiedy? .....

10. Czy korzystał(a) z usług fryzjerskich, kosmetycznych (manicure, pedicure, tatuaż, przekłuwaniu uszu, golenie brzytwą itp.)?  TAK  NIE

jeśli tak, gdzie? .....

jeśli tak, kiedy? .....



Imię /imiona/ i nazwisko, PESEL: .....

**Formularz świadomej zgody Pacjenta na wykonanie znieczulenia (stanowi integralną część ankiety anestezyjologicznej)**

***UWAGA! Wykonanie znieczulenia jest procedurą medyczną wymagającą świadomej zgody Pacjenta pełnoletniego.***

***Aby ułatwić tę decyzję przedstawione zostały Państwu informacje o celu, znaczeniu i możliwych powikłaniach planowanego postępowania.***

**OŚWIADCZENIE PACJENTA**

Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu w znieczuleniu

.....  
W trakcie rozmowy z lekarzem miałem/-am możliwość zadania wszelkich pytań dotyczących planowanego zabiegu. Otrzymałem/-am i dokładnie zrozumiałem/-am informacje na temat planowanego znieczulenia oraz możliwych do przewidzenia następstw i powikłań.

Treści informujące o znieczuleniu są dla mnie zrozumiałe.

**Do następnego dnia po znieczuleniu nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych, nie powinno się też podejmować ważnych decyzji życiowych, należy zapewnić sobie transport do domu i najlepiej opiekę drugiej osoby.**

.....  
podpis i pieczęć lekarza

Data:.....

.....  
Imię i nazwisko Pacjenta

## **POSTĘPOWANIE PRZED ZABIEGIEM OPERACYJNYM**

—

### **ZALECENIA DLA PACJENTA**

W przypadku choroby pacjenta lub zdarzeń losowych uniemożliwiających stawienie się pacjenta na kwalifikację lub zabieg operacyjny, prosimy o pilny kontakt- tel. 513902248, 513902282

#### **W dniu kwalifikacji prosimy przygotować i wziąć ze sobą:**

1. Dowód osobisty i skierowanie do szpitala (kod lub w formie papierowej)
2. Listę obecnie przyjmowanych leków (w formie pisemnej) Wszystkie obecnie przyjmowane leki (w formie pisemnej)
3. Wszelką posiadaną dokumentację medyczną:
  - a) karty informacyjne z poprzednich hospitalizacji i wizyt ambulatoryjnych (konsultacje specjalistyczne)
  - b) dokumentacja radiologiczna, szczególnie badania rentgenowskie, rezonans magnetyczny. **UWAGA !** Bardzo prosimy o zabranie PŁYTY, ew. klisz ze zdjęciami
  - c) pacjenci chorujący na nadciśnienie tętnicze – książeczka z pomiarami ciśnienia, osoby chorujące na cukrzycę – książeczka z pomiarami poziomu cukru
  - d) posiadane wyniki badań krwi, badanie ogólne moczu i EKG
4. Wypełnioną ankietę anestezyjologiczną oraz wywiad epidemiologiczny (jeżeli Państwo nie posiadacie, to **proszę przyjść 15 min. wcześniej przed umówioną godziną wizyty w celu wypełnienia**)

#### **W dniu ZABIEGU prosimy przygotować i wziąć ze sobą:**

1. Dokumenty (dowód osobisty, karty informacyjne z poprzednich hospitalizacji i wizyt ambulatoryjnych).
2. Zaświadczenie o stanie zdrowia od lekarza rodzinnego zawierające informacje o przyjmowanych lekach, rozpoznanych chorobach ogólnoustrojowych
3. Listę wszystkich obecnie przyjmowanych leków ogólnych (forma pisemna)
4. Aktualne, czyli wykonane nie wcześniej niż 1 miesiąc przed zabiegiem wyniki badań krwi (morfologia, APTT, INR, sód, potas, glukoza), mocz- badanie ogólne oraz badanie EKG
5. Wypełnioną ankietę anestezyjologiczną oraz wywiad epidemiologiczny
6. W przypadku zabiegów na kończynach dolnych pacjent powinien posiadać zaleconą przez lekarza: \*ortezę dwuszynową z regulowanym kątem zgięcia, \*dwie kule łokciowe

**Do zabiegu należy przygotować się w następujący sposób:**

1. W dniu poprzedzającym zabieg operacyjny proszę zjeść lekkostrawną kolację.
2. W dniu zabiegu nie wolno jeść i pić 6 godzin przed wyznaczoną godziną przyjścia.
3. W dniu zabiegu proszę przyjąć wszystkie swoje leki popijając niewielką ilością wody.
4. Pacjent powinien zgłosić się wykąpany, ze świeżo umytą głową, ubrany w czyste, wygodne ubrania.
5. Prosimy o zabranie rzeczy osobistych – szlafrok, obuwie zmienne, białe skarpetki.
6. Prosimy, aby biżuterię, czyli pierścionki, obrączki, łańcuszki, zegarki i inne ozdoby zostawić w domu lub po przybyciu na miejsce w szafce na ubrania (za pozostawione rzeczy w szatni nie ponosimy odpowiedzialności).
7. Pacjent jest zobowiązany do ogolenia operowanej części ciała ( np. kolana, biodra, ręki) oraz obszaru 3 cm powyżej i poniżej.
8. Pacjent zobowiązany jest do zmycia lakieru z paznokci u rąk i nóg na dzień zabiegu oraz nie korzystanie z usług kosmetycznych tydzień przed planowanym zabiegiem.
9. Prosimy o punktualne zgłoszenie się o wyznaczonej godzinie na zabieg operacyjny oraz na wizyty kontrolne.
10. Prosimy o zgłaszanie się na zabieg operacyjny z dorosłą osobą towarzyszącą, która zapewni bezpieczny powrót do domu po zabiegu operacyjnym.

**WAŻNE!!!**

**Jeżeli pacjent przyjmuje leki.**

Leki przyjmowane stale należy kontynuować i nie odstawiać w okresie okołoperacyjnym.

Uwaga! Jeżeli pacjent stosuje leczenie przeciwkrzepliwie (antykoagulanty i leki przeciwplatekcyjne) to może być konieczne jego odstawienie lub zmiana na czas operacji ortopedycznych wykonywanych w ramach chirurgii jednego dnia w naszym ośrodku.

W tym wypadku o dostosowaniu leczenia poinformuje lekarz operator na wizycie kwalifikacyjnej.

**DANE NIEZBĘDNE DO WYSTAWIENIA ZWOLNIENIA LEKARSKIEGO**

IMIĘ.....

NAZWISKO.....

PESEL.....

NIP ZAKŁADU PRACY.....

UBEZPIECZENIE W ZUS CZY KRUS.....

NIP ZAKŁADU PRACY.....