

Formularz Zgody na Leczenie Chirurgiczne

Imię nazwisko pacjenta..... Lekarz nadzorujący.....

Rozpoznanie.....

Nazwa operacji:.....

Repozycja kości nosa

Zabieg polega na chirurgicznym nastawieniu złamanych kości nosa. Ma na celu uzyskanie drożności nosa sprzed urazu i jak najlepsze odtworzenie kształtu piramidy nosa zewnętrznego. Powinno się go wykonać w jak najkrótszym czasie od urazu (o ile pozwala stan ogólny poszkodowanego) i nie później niż do 6 doby. Może być wykonany w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym.

Przy zaniechaniu leczenia możliwe jest pogorszenie stanu zdrowia. Nie ma alternatywnej metody leczenia.

Szanowny pacjencie,

Każdy zabieg chirurgiczny (operacja) może wiązać się:

- z następstwami, które są wynikiem choroby lub leczenia (mogą wystąpić na każdym etapie diagnostyki i leczenia)
- z powikłaniami, które choć nie są wynikiem błędu to są zdarzeniami niepożądanymi (występują z różną częstością).

Po zabiegu repozycji kości nosa mogą wystąpić następujące następstwa lub powikłania
Częste lecz niegroźne

1. Krwawienie wczesne (do 24h), może wymagać zmiany tamponady na nową
2. Krwawienie późne (najczęściej do 7 doby, rzadko-późniejsze), może wymagać tamponady
3. Ból nosa, odma twarzy i powiek, krwiaki okularowe wokół oczu
4. Obrzęk wargi górnej, krwiak w obrębie podniebienia
5. Brak dobrego efektu kosmetycznego zwłaszcza przy leczeniu odroczonej lub w złamaniach wieloodłamowych, brak uzyskania pełnej drożności nosa co w przyszłości wymagać może septoplastyki (operacji przegrody nosa)

Rzadkie lecz poważniejsze

- Deformacja nosa zewnętrznego z zapadnięciem się grzbietu nosa
- Masywne krwawienie wymagające podwiązania tętnicy na szyi

Wymieniono większość następstw i powikłań, które mogą wystąpić ale w medycynie zawsze może dojść do sytuacji jeszcze nieopisywanych w literaturze fachowej, związanych z nietypową anatomią lub nietypową reakcją organizmu pacjenta. Ze wszystkimi pytaniami i wątpliwościami należy się zgłaszać do lekarza

prowadzącego.

Po zapoznaniu się z formularzem proszę potwierdzić zgodę na zabieg własnoręcznym czytelnym podpisem

Powyższe informacje są dla mnie zrozumiałe. Miałem możliwość zadania pytań dotyczących planowanej operacji.

Miejscowość, Data.....

Podpis pacjenta..... **Podpis lekarza**.....