

## Formularz Zgody na Leczenie Chirurgiczne

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

Rozpoznanie.....

Nazwa operacji:.....

### Wszczepienie Implantów PILLAR w przypadku bezdechu i chrapania (PILLAR)

Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym.

Przy zaniechaniu leczenia możliwe jest pogorszenie stanu zdrowia.

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 mogą wystąpić następujące następstwa lub powikłania:

Częste lecz niegroźne

- Obrzęk i ból gardła, ból uszu utrzymujący się około 2 tygodni,
- Krwawienie z gardła – wczesne ( w 1dniu) ,
- Krwawienie późne (w dniach kolejnych, głównie do 7 doby),
- Zmiana barwy głosu,
- Zaburzenia smaku,
- Zaburzenia czucia w gardle, poczucie ciała obcego,
- Przemieszczenie się lub wysunięcie wszczepionego implantu.

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.....