

Case 1 part 1 an

• skaleczenie i krwotok z tętnicy szyjnej wewnętrznej

Po każdym rozległym zabiegu chirurgicznym mogą wystąpić poważne powikłanie ogólne:
Zapalenie płuc, zatory i zakrzepy żyłne, udar mózgu, zakażenie ogólnoustrojowe, zawał mięśnia
sercowego, niewydolność oddechowa i zgon

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.

Operacja może wymagać przetoczenia krwi

• Mogącej zaistnieć konieczności podania mi krwi lub preparatów krwio pochodnych w trakcie
planowanego zabiegu operacyjnego lub w okresie pooperacyjnym oraz ewentualnym ryzyku i powikłaniu

Ponadto, w trakcie przedmiotowej rozmowy, miałam/em możliwość zadania lekarzowi pytań dotyczących
sposobu wykonania usługi medycznej, jej celowości oraz grozących powikłań i otrzymałam/em od
wskazanego lekarza, przystępne, zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie zadane przeze
pytania w zakresie jak powyżej.

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, że każdy zabieg operacyjny, znieczulenie, podanie krwi
preparatów krwio pochodnych oraz innych leków pociąga za sobą ryzyko powikłań (w tym poważnych, a
śmierci), które mogą wystąpić nawet przy zachowaniu najwyższych standardów w zakresie
umiejętności i opieki medycznej.

Oświadczam, że mam pełną świadomość niemożności udzielenia mi gwarancji uniknięcia ryzyka i/lub powikłań
mogących wyniknąć z planowanego zabiegu operacyjnego, podania krwi lub preparatów krwio pochodnych
użycia materiałów medycznych.

Oświadczam, że przyjmuję również do wiadomości, że w trakcie wykonywania czynności, o których mowa
powyżej, mogą wystąpić okoliczności, których nieuwzględnienie mogłoby mi grozić niebezpieczeństwem utraty
życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia. W takim przypadku, lekarz będzie
uprawniony do podjęcia działań i/lub środków w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności
ramach obowiązujących przepisów prawa.

Potwierdzam, że przyjąłem / przyjąłem do wiadomości i zrozumiałam / zrozumiałem powyższe
informacje, w tym w szczególności informacje na temat ryzyka i powikłań związanych z zabiegiem
operacyjnym (przekazane przez lekarza).

COI_31.10.2013

ODWRÓĆ NA DRUGĄ STRONĘ

WYPEŁNIA PACJENT / PACJENTKA / PRZEDSTAWICIEL		NINIEJSZYM WYRAŻAM ZGODĘ NA:		NINIEJSZYM NIE WYRAŻAM ZGODY NA:	
☒	wykonanie planowanego zabiegu operacyjnego	☐	wykonanie planowanego zabiegu operacyjnego	☐	wykonanie planowanego zabiegu operacyjnego
☒	podanie mi krwi i/lub produktów krwio pochodnych (o ile zaistnieje taka	☐	podanie mi krwi i/lub produktów krwio pochodnych (o ile zaistnieje taka	☐	podanie mi krwi i/lub produktów krwio pochodnych (o ile zaistnieje taka
☒	przechowywanie i wykorzystywanie pobranych ode mnie materiałów biologicznych do celów diagnostycznych, leczniczych i naukowych	☐	przechowywanie i wykorzystywanie pobranych ode mnie materiałów biologicznych do celów diagnostycznych, leczniczych i naukowych	☐	przechowywanie i wykorzystywanie pobranych ode mnie materiałów biologicznych do celów diagnostycznych, leczniczych i naukowych
DATA, CZYTELNY PODPIS PACJENTKI / PACJENTA LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO		DATA, CZYTELNY PODPIS PACJENTKI / PACJENTA LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO		DATA, CZYTELNY PODPIS PACJENTKI / PACJENTA LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO	
Oświadczenie przyjąłem/przyjęłam		Oświadczenie przyjąłem/przyjęłam		Oświadczenie przyjąłem/przyjęłam	

Case 1 part 2 an

IM. MARI SKŁODOWSKIEJ-CURIE PAŃSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY Klinika Nowotworów Głowy i Szyi ul. W.K. Roentgena 5, 02-281 Warszawa tel. (0-22) 54-622-07 00000016613-01-001		IM. MARI SKŁODOWSKIEJ-CURIE PAŃSTWOWY INSTYTUT	
ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU OPERACYJNEGO			
[Redacted]		☐ K	PID: [Redacted]
[Redacted]		☒ M	PESEL: [Redacted]
Rozpoznanie Mięsak prawej szczęki.			
Planowane leczenie	Resekcja prawej szczęki z egzenteracją prawego oczodołu (usunięciem zawartości oczodołu wraz z gałką oczną). Rekonstrukcja płatem Chińskim z przedramienia bądź ALT w zależności od wielkości ubytku.		
Niniejszym oświadczam, że w dniu 23-03-2022 w Centrum Onkologii-Instytucie w Warszawie, Pani/Pan MARCIN [Redacted] przeprowadziła/przeprowadził ze mną rozmowę dotyczącą planowanego u mnie postępowania leczniczego, obejmującego:			
zek prawy e bez	Resekcja prawej szczęki z egzenteracją prawego oczodołu (usunięciem zawartości oczodołu wraz z gałką oczną). Rekonstrukcja płatem Chińskim z przedramienia bądź ALT w zależności od wielkości ubytku. Uzyskanie dostępu naczyniowego na szyi. Pobranie wolnego przeszczepu skóry z pachwiny. Ewentualna tracheotomia.		
wa	Oświadczam, że podczas przedmiotowej rozmowy, uzyskałam/em od wyżej wymienionego lekarza przystępną, zrozumiałą i wyczerpującą informację o:		
• Moim stanie zdrowia. • Rozpoznanii. • Proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, w tym rodzaju i celu planowanego zabiegu operacyjnego oraz innych sposobach leczenia (zamiast proponowanego zabiegu operacyjnego), jak również o ryzyku i powikłaniach, w szczególności takich jak: 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 błędów to są zdarzeniami niepożądanymi (występują z różną częstotliwością). Po zabiegu mogą wystąpić następujące następstwa lub powikłania: Wyjątkowo rzadkie, opisywane w pojedynczych przypadkach na świecie Zawał mięśnia sercowego, udar mózgu, zator lub zakrzep, zgon Częste, lecz niegroźne: • Krwawienie wczesne (do 24h), może wymagać zmiany tamponady • Krwawienie późne (najczęściej do 7 doby, rzadko-późniejsze), może wymagać ponownej tamponady • Odma na twarzy, odma w obrębie powiek • Obrzęk, zasinienie, ból w okolicy nosa i oczodołu, zapalenie tkanek oczodołu • Zapalenie kości, pojawienie się infekcji z cuchnącą wydzielina z nosa • Krwaki oczodołu • Utrwalone objawy ze strony oczodołu: dwojenie, łzawienie • Płynotok ograniczone zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, konieczność przeprowadzenia zabiegu naprawczego • Formowanie się strupów, skrzepów, ewakuacja fragmentów tkanek, nieprzyjemny zapach • Konieczność oczyszczania nosa i nakładania maści • Trwały brak wachu po zabiegu • Dolegliwości o charakterze neuralgii • Nawrót guza (dość często) • Deformacja twarzy, trwałe ubytki tkanek twarzy, gałki ocznej, policzka, wargi, nosa • Powikłania ze strony miejsca, z którego pobrano płat: krwawienie, zakażenie, ropień, które powodują: ból ręki, zasinienie ręki, ból uda, ból biodra, gorszą ruchomość, utykanie. Rzadkie, lecz dużo poważniejsze: • po enukleacji jednej gałki ocznej przywspółczulne zapalenie nerwu wzrokowego drugiego oka i ślepotą • krwawienie z zatoki jamistej • odma śródczaszkowa z koniecznością zabiegu neurochirurgicznego • ciężkie zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych			

Case 2 part 1 an

WYPEŁNIA PACJENT / PACJENTKA / PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY		NINIEJSZYM WYRAŻAM ZGODĘ NA:	NINIEJSZYM NIE WYRAŻAM ZGODY NA:
		☒ wykonanie planowanego zabiegu operacyjnego,	☐ wykonanie planowanego zabiegu operacyjnego,
		☒ podanie mi krwi i/lub produktów krwiopochodnych (o ile zaistnieje taka potrzeba),	☐ podanie mi krwi i/lub produktów krwiopochodnych (o ile zaistnieje taka potrzeba),
		☒ przechowywanie i wykorzystywanie pobranych ode mnie materiałów biologicznych do celów diagnostycznych, leczniczych i naukowych.	☐ przechowywanie i wykorzystywanie pobranych ode mnie materiałów biologicznych do celów diagnostycznych, leczniczych i naukowych.
DATA, CZYTELNY PODPIS PACJENTKI / PACJENTA LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO		DATA, CZYTELNY PODPIS PACJENTKI / PACJENTA LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO	
Oświadczenie przyjąłem/przyjęłam		Oświadczenie przyjąłem/przyjęłam	Pieczętka i podpis

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:
