

KLINIKA WIDENT PIOTR WINIARSKI, LILIANA WINIARSKA SPÓŁKA CYWILNA

85-312 BYDGOSZCZ, SZUBIŃSKA 93-95

tel.: 523216370

REGON: 340397959 NIP: 9671280221

cz. I kr.: 000000277450, cz. V kr.: 01

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG OPERACYJNY

Nazwisko i imię:

Płeć:

Data przyjęcia:

PESEL:

Data urodzenia:

Wiek:

Nr ks. Głównej:

Adres zamieszkania:

Nr ks. Oddziałowej:

ZABIEG OPERACYJNY: Operacja przegrody nosa (Septoplastyka)**Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta:**

Skrzywienie przegrody nosa

Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Zabieg polega na chirurgicznym wyprostowaniu skrzywionej przegrody nosa, jednocześnie może być z operacją konchoplastyki (zmniejszenie objętości przerośniętych małżowin nosowych dolnych). Może być wykonany w znieczuleniu miejscowym lub w znieczuleniu ogólnym. Ma na celu poprawę drożności nosa, komfortu oddychania i sprzyja lepszej wentylacji wszystkich zatok przynosowych. Zmniejsza nasilenie chrapania i objawów bezdechu.

Opis innych dostępnych metod leczenia

Nie ma alternatywnej metody leczenia.

Wskazania i przeciwwskazania(właściwe zaznaczyć)

WSKAZANIA:

- trudności w oddychaniu przez nos
- nawracające choroby zatok przynosowych czy dróg łzowych
- nawracające krwawienia z nosa
- niedostateczna drożność nosa wpływająca na mowę
- nasilone zmiany alergiczne błony śluzowej
- względy kosmetyczne w przypadkach widocznego skrzywienia chrząstki przegrody

PRZECIWWSKAZANIA:

- brak zgody pacjenta
- stosowanie leków rozrzedzających krew
- ciężkie skazy krwotoczne
- zły stan ogólny
- czynna infekcja dróg oddechowych
- choroby uniemożliwiające zastosowanie narkozy

Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań

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 septoplastyki mogą wystąpić następujące następstwa lub powikłania

- Krwawienie wczesne (do 24h), może wymagać zmiany tamponady na nową
- Krwawienie późne (najczęściej do 7 doby, rzadko-późniejsze), może wymagać tamponady lub operacyjnego zamknięcia naczynia krwionośnego
- Ból nosa
- Obrzęk wargi górnej, krwiak w obrębie podniebienia
- Formowanie się strupów, skrzepów, nieprzyjemny zapach z nosa
- Konieczność oczyszczania nosa i zakładania maści do nosa,
- Złuskanie reimplantowanej chrząstki (przekrzywienie wstawionej chrząstki) z ponownym pogorszeniem drożności nosa
- Krewiak lub ropień przegrody
- Wystąpienie perforacji (otworu) w przegrodzie nosa przy zabiegu lub w przebiegu gojenia
- Niedrożność otwarta(zespół pustego nosa)

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.

Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Przy zaniechaniu leczenia możliwe jest pogorszenie stanu zdrowia.

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób.

.....
(data i podpis operatora)

.....
(data i podpis pacjenta /przedstawiciela ustawowego)

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam* poinformowany/na* 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 /przedstawiciela ustawowego)

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji a w razie konieczności zmiany/rozszerzenia zabiegu operacyjnego

.....
(data i podpis pacjenta /przedstawiciela ustawowego)

Deleguję moje prawo do podjęcia decyzji o wyborze postępowania medycznego na lekarza

.....
(data i podpis pacjenta /przedstawiciela ustawowego)

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji

.....
(data i podpis pacjenta /przedstawiciela ustawowego)

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej /zabiegu)

Administratorem danych osobowych zawartych w „**Dokumentacja medyczna**” jest KLINIKA WIDENT PIOTR WINIARSKI, LILIANA WINIARSKA SPÓŁKA CYWILNA z siedzibą przy ul. Szubińskiej 93-95, 85-312 Bydgoszcz. Podane w „**Dokumentacja medyczna**” dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w celu realizacji świadczeń medycznych. Przetwarzanie danych odbywa się na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz na podstawie Ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Podanie danych jest niezbędne do rozpatrzenia wniosku o udzielenie zapomogi losowej bądź socjalnej. W przypadku niepodania danych wniosek nie będzie mógł być rozpatrzony. Dane osobowe, które zostały podane przez Panią/Pana w „**Dokumentacja medyczna**” przechowujemy przez okres zgodny z wymaganiami określonymi w Ustawie o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia, a także prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, żądanie zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych osobowych. Jeśli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych narusza obowiązujące w tym zakresie przepisy, może Pani/Pan wnieść skargę do organu nadzorczego, w zakresie kontroli przetwarzania danych osobowych. Administrator może przekazać dane osobowe organom uprawnionym, tj. Urzędowi Skarbowemu oraz Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Ponadto dane zawarte we Wniosku Administrator może przekazywać wyłącznie dwóm grupom odbiorców: osobom upoważnionym, tj. pracownikom i współpracownikom, którzy muszą mieć dostęp do danych, aby wykonywać swoje obowiązki, podmiotom przetwarzającym którym Administrator zlecił czynności wymagające przetwarzania danych, tj. firmom zajmującym się obsługą informatyczną. Informacje dotyczące przetwarzania swoich danych osobowych może Pani/Pan uzyskać kontaktując się z Administratorem Danych za pośrednictwem poczty elektronicznej, wysyłając zapytanie na adres e-mail: info@wident.eu lub bezpośrednio w siedzibie Administratora danych: ul. Szubińska 93-95, 85-312 Bydgoszcz. Jeżeli Pani/Pan uzna, iż przetwarzanie danych narusza przepisy prawa, wówczas ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.