

**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 torbieli środkowej szyi****Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta:**

Zgrubienie (gładki, niebolesny, sprężysty guz) w górnej części szyi. Wielkość torbieli może ulegać zmianom, nawet w krótkich odstępach czasu. O stanie zapalnym świadczy szybkie powiększanie się torbieli, pojawienie się bólu uciskowego, a następnie samoistnego i gorączki. Objawem charakterystycznym dla torbieli szyi środkowej jej poruszanie się ku górze podczas wysuwania języka i połykania.

**Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji**

Torbiel środkowa szyi jest wadą wrodzoną i w większości przypadków jest to niebolesny sprężysty guz na przedniej powierzchni szyi, tuż powyżej krtani. Okresowo może pojawiać się nagły, szybki wzrost lub stan zapalny, obejmujący wszystkie sąsiednie tkanki. Leczenie polega na chirurgicznym usunięciu.

Operację wykonuje się w znieczuleniu ogólnym. Usuwany jest fragment kości gnykowej. Cięcie skórne jest poziome, w linii środkowej szyi.

**Opis innych dostępnych metod leczenia**

Nie ma alternatywnej metody leczenia.

**Wskazania i przeciwwskazania(właściwe zaznaczyć)****WSKAZANIA:**

- ból gardła z promieniowaniem do ucha
- bolesny, zaczerwieniony guz w przedniej okolicy szyi
- kołatanie serca, uczucie niepokoju,
- dysfagia (zaburzenia połykania)
- duszność i trudności w mówieniu w zaawansowanych przypadkach

**PRZECIWWSKAZANIA:**

- brak zgody pacjenta
- stosowanie leków rozrzedzających krew
- ciężkie skazy krwotoczne
- zły ogólny stan chorego
- czynna infekcja dróg oddechowych

**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 mogą wystąpić następujące następstwa lub powikłania**

- Krwawienie po zabiegu, wymagające rewizji rany
- Obrzęk, zasinienie, ból okolicy operowanej
- Odma podskórna na szyi
- Wznowa torbieli lub utworzenie się skórnej przetoki pooperacyjnej

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.