

**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 zatoki czołowej****Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta:**

Niedrożność/zatkanie/przebrwienie nosa, wydzielina z nosa (przedni/tylny katar), ból twarzy/rozpieranie, osłabienie lub utrata węchu.

**Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji**

Polega na wytworzeniu komunikacji pomiędzy zablokowanym ujściem zatoki czołowej lub sitowia a jamą nosa i opróżnieniu zatoki z treści zastoinowej. Zabieg wykonuje się endoskopowo, przez nos lub przy braku dobrych warunków anatomicznych z cięcia zewnętrznego w łuku brwiowym. Zabieg wykonuje się w znieczuleniu ogólnym.

W niektórych przypadkach przy braku drożności przewodu nosowo-czołowego trzeba w jego świetle pozostawić drenik wyprowadzony przez nos (2-4 tygodnie)

**Opis innych dostępnych metod leczenia**

Nie ma alternatywnej metody leczenia.

**Wskazania i przeciwwskazania(właściwe zaznaczyć)**

WSKAZANIA:

- niejasny obraz(wynik) badań obrazowych jak przeglądowe badanie rentgenowskie zatok przynosowych lub tomografii komputerowej bądź badania rezonansu magnetycznego(MRI)
- pobranie wycinków do badania anatomopatologicznego z zatok
- nawracające, ostre lub przewlekłe zapalenia zatok
- ropniak zatok, torbiele śluzowe lub ropne zatok, polipy
- łagodne nowotwory, ciała obce jam nosa i zatok przynosowych, wystąpienie powikłań oczodołowych w przebiegu zapalenia zatok przynosowych, wady rozwojowe jam nosa i zatok

PRZECIWWSKAZANIA:

- nowotwory złośliwe zatok
- nowotwory łagodne o dużych rozmiarach
- zaawansowane zmiany polipowate lub grzybicze nosa i zatok

**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 torbieli zatoki czołowej mogą wystąpić następujące następstwa lub powikłania**

- Krwawienie wczesne (do 24h), może wymagać tamponady
- Krwawienie późne (najczęściej do 7 doby, rzadko-późniejsze), może wymagać tamponady
- Obrzęk okolicy czoła i powiek po stronie operowanej, zasinienie, ból w okolicy przyśrodkowego
- Kąta oczodołu, zapalenie tkanek oczodołu
- Konieczność oczyszczania nosa i nakładania maści
- Rozwój zrostów wewnątrznosowych, wtórna niedrożność zatok po tej stronie

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.