

# 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: Funkcjonalna endoskopowa chirurgia zatok przynosowych (FESS)

#### Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta:

Wskazana jest w przewlekłym zapaleniu zatok przynosowych.

Uwaga: zabieg przywraca drożność nosa, poprawia wentylację zatok przynosowych i węch (o ile brak węchu nie trwał latami), pozwala na złagodzenie zatoko-pochodnych bólów głowy, ale nie zabezpiecza przed odrostem polipów w przypadku alergii, nie jest też skuteczny w przypadku przewlekłego ściekania wydzieliny po tylnej ścianie gardła.

#### Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Polega na usunięciu z nosa, z komórek sitowych, zatok szczękowych, czołowych i klinowych polipów, tkanek zapalnych, nieprawidłowych przegród kostnych, odblokowaniu ujść naturalnych zatok, wypłukaniu zatok i usunięciu patologicznej wydzieliny (ropy, mas grzybiczych, treści zastoinowej). Można jednocześnie wykonać wyprostowanie przegrody nosa i zmniejszyć małżowiny nosowe dolne (o ile jest to konieczne). Wykonywany jest zawsze w znieczuleniu ogólnym.

Jest zabiegiem wieloetapowym i złożonym, zakres zabiegu zależy od rozległości zmian; nie wszystkie etapy muszą być wykonywane w Pana/Pani przypadku.

1. Usunięcie wyrostka haczykowatego

2. Poszerzenie ujścia zatoki szczękowej

3. Otwarcie sitowia przedniego i zachyłka czołowego

4. Otwarcie sitowia tylnego

5. Otwarcie zatoki klinowej

#### Opis innych dostępnych metod leczenia

Leczenie zachowawcze sterydami

#### Wskazania i przeciwwskazania (właściwe zaznaczyć)

##### WSKAZANIA:

- przewlekłe zapalenie zatok
- torbiele, kostniaki, śluzowaki zatok
- ciała obce w zatokach
- anomalie anatomiczne prowadzące do częstych infekcji

##### PRZECIWWSKAZANIA:

- brak zgody pacjenta
- stosowanie leków rozrzedzających krew
- ciężkie skazy krwotoczne
- zły stan ogólny
- czynna infekcja dróg oddechowych
- uczulenie na leki znieczulające
- zaawansowana niekontrolowana cukrzyca

#### 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 błędów to są zdarzeniami niepożądanymi (występują z różną częstością).

#### Po zabiegu FESS mogą wystąpić następujące następstwa lub powikłania

Częste lecz niegroźne

- Krwawienie wczesne (do 24h), może wymagać tamponady
- Krwawienie późne (najczęściej do 7 doby, rzadko-późniejsze), może wymagać tamponady
- Odma na twarzy, odma w obrębie powiek
- Obrzęk, zasinienie, ból w okolicy nosa i oczodołu, zapalenie tkanek oczodołu
- Zapalenie kości, nawroty infekcji formowanie się strupów, skrzepów, ewakuacja fragmentów tkanek, nieprzyjemny zapach
- Konieczność oczyszczania nosa i nakładania maści,

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 wnioski nie będą mogły być rozpatrzone. 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.