

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: Zmniejszenie małżowin nosowych (Konchoplastyka)**Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta:**

Przerost małżowin nosowych powoduje zmniejszenie światła jamy nosa co prowadzi do trudności w oddychaniu, częstszych infekcji i może być jedną z przyczyn bezdechów.

Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Małżowiny to struktury anatomiczne wychodzące z dolno-bocznej części jamy nosa i zbudowane ze szkieletu kostnego obudowanego błoną śluzową. Zabieg polega na chirurgicznym zmniejszeniu masy przerosniętych małżowin nosowych dolnych. Zabieg ma na celu poprawę drożności nosa. Wykonuje się go w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym.

Opis innych dostępnych metod leczenia

Nie ma alternatywnej metody leczenia.

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

- oporny na leczenie farmakologiczne przerost małżowiny nosowej dolnej
- nieprawidłowości anatomiczne przegrody nosowej wpływające na czynności nosa
- odmiany anatomiczne struktury kostnej, które mają znaczenie czynnościowe i/lub estetyczne
- polipy nosa
- nawracające infekcje górnych dróg oddechowych
- przewlekły nieżyt nosa
- trudności w oddychaniu przez nos
- utrata powonienia

PRZECIWWSKAZANIA:

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

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 konchoplastyki 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
- Ból nosa
- Formowanie się strupów, skrzepów, ewakuacja fragmentów małżowiny, nieprzyjemny zapach
- Konieczność oczyszczania nosa i nakładania maści,
- Ponowny przerost małżowin
- Niedrożność otwarta (zespół pustego nosa), suchość w nosie

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.