**Dane identyfikujące jednostkę medyczną**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

|  |
| --- |
| 1. **Lekarz prowadzący**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….****Imię i nazwisko lekarza prowadzącego**  |
| **II. Osoby uprawnione do wyrażenia zgody****Imię i nazwisko PACJENTA** **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………****Numer pesel PACJENTA****Imię i nazwisko PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO** **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….****Numer PESEL / data urodzenia PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO** |

**III. Rozpoznanie**

Na podstawie zgłaszanych dolegliwości oraz przeprowadzonego badania laryngologicznego lekarz stwierdził u Pana/Pani ostre zapalenie ucha środkowego w fazie wysiękowej tj. z obecnością wydzieliny zapalnej w obrębie jamy bębenkowej. Objawami zapalenia ucha środkowego są:

• ból ucha, zatkanie ucha, pulsowanie w uchu

• pogorszenie słuchu

• wzrost temperatury ciała

• ogólne złe samopoczucie

• osłabienie apetytu

• bolesność w okolicy zausznej i/lub okolicy przedusznej

**IV. Nazwa proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej**

PARACENTEZA - NACIĘCIE BŁONY BĘBENKOWEJ

**V. Opis proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej**

Zabieg przeprowadza się w znieczuleniu miejscowym powierzchniowym, które ma na celu zniesienie bólu w operowanej okolicy ciała i nie jest związane z pozbawieniem świadomości. Polega ono na podaniu środka miejscowo znieczulającego, zazwyczaj w formie sprayu lub na sączku do przewodu słuchowego zewnętrznego. Następnie lekarz przy użyciu specjalnego nożyka nacina błonę bębenkową, co umożliwia odpływ wydzieliny śluzowej lub ropnej zalegającej w jamie bębenkowej, a po zabiegu zakłada jałowy sączek do przewodu słuchowego zewnętrznego.

Zabieg operacyjny będzie wykonywany zgodnie z dostępną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności. Zabieg operacyjny przeprowadza się w ramach konkretnych warunków sprzętowych, lokalowych i finansowych, którymi dysponuje dany oddział/szpital/jednostka organizacyjna w danym momencie. Zabiegi operacyjne mogą być powiązane z różnym procentowo ryzykiem powikłań (możliwość wystąpienia kilku czynników z niżej wymienionych):

1) zależnym od indywidualnych warunków pacjenta (w szczególności takie jak stan ogólny, choroby towarzyszące, schorzenia przewlekłe, warunki anatomiczne),

2) zależnym od pory roku (w szczególności takie jak okres infekcji jesienno-zimowych, ponadnormatywnie wysokie temperatury latem),

3) zależnym od czynników zewnętrznych, niespodziewanych i niemożliwych do przewidzenia (w szczególności takie jak zwiększona zakaźność w stanie epidemii, klęski żywiołowe).

Zabieg operacyjny przeprowadza się w warunkach wywiadu przedoperacyjnego z pacjentem przy założeniu pełnej współpracy ze strony pacjenta i jego rodziny, gdy została ona upoważniona do współdziałania i udzielania informacji dotyczących indywidualnych warunków pacjenta. Informacje nieudzielone lekarzowi, a mogące okazać się istotne dla przebiegu zabiegu, wielokrotnie zwiększają ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych w trakcie zabiegu.

**VI. Główne przeciwwskazania do wdrożenia proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej:** Względnym przeciwwskazaniem do zabiegu jest:

• przyjmowanie na stałe leków zmniejszających krzepliwość krwi

• wrodzone i nabyte skazy krwotoczne

• uczulenie na środki miejscowo znieczulające

• brak współpracy pacjenta

**VII. Alternatywne metody leczenia lub metody diagnostyczne**

Alternatywą jest leczenie farmakologiczne tj. leki obkurczające błonę śluzowa nosa i trąbek słuchowych umożliwiające odpływ zalegającej wydzieliny, antybiotykoterapia, leki mukolityczne upłynniające zalegającą wydzielinę.

**VIII. Dające się przewidzieć następstwa zastosowania leczenia lub metody diagnostycznej**

 Szanowny pacjencie, każdy zabieg chirurgiczny (operacja) może wiązać się: Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną

• skaleczenie skóry przewodu słuchowego zewnętrznego – krwawienie z ucha

• uszkodzenie opuszki żyły szyjnej wewnętrznej – krwawienie z ucha

• zwichnięcie stawów między kosteczkami słuchowym (najczęściej staw kowadełkowo-młoteczkowy) - pogorszenie słuchu

• uszkodzenie nerwu twarzowego - porażenie/niedowład mięśni mimicznych twarzy

• trwały ubytek (perforacja) błony bębenkowej

Wyjątkowo rzadkie, opisywane w pojedynczych przypadkach na świecie

Zawał mięśnia sercowego, udar mózgu, zator lub zakrzep, 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.

 Operacja może wymagać przetoczenia krwi.

**IX. Dające się przewidzieć następstwa zaniechania proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej**

• samoistne pęknięcie błony bębenkowej - rana szarpana trudniej poddająca się gojeniu niż rana cięta wykonana w trakcie w/w zabiegu, co zwiększa możliwość trwałego ubytku błony bębenkowej i trwałego uszkodzenia słuchu

• powikłania usznopochodne zewnątrzczaszkowe: ropień podokostnowy (obrzęk) w okolicy zausznej i/lub przedusznej, porażenie nerwu twarzowego (porażenie/niedowład mięśni mimicznych twarzy)

• powikłania usznopochodne wewnątrzczaszkowe: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, ropień mózgu (płata skroniowego) po stronie chorego ucha

**X. Oczekiwane korzyści /skutki odległe / rokowania proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej**

Po nacięciu błony bębenkowej obserwuje się przemijające osłabienie słuchu z towarzyszącym szumem usznym, które ustępują po ok. 2 tygodniach. Odległym powikłaniem po zabiegu paracentezy jest trwały ubytek (perforacja) błony bębenkowej.

**Jeżeli macie Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia prosimy o wpisanie ich poniżej:**

………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………

 **❑ Brak pytań**

 **……………………………………………………………………………………..**

**podpis** pacjenta lub przedstawiciela/li ustawowego/ych

**…………………………………………………………………………………………………….**

dodatkowy **podpis pacjenta małoletniego,** który ukończył 16 lat (zgoda podwójna- zgoda pacjenta małoletniego oraz jego przedstawiciela ustawowego)

**OŚWIADCZENIA PACJENTA**

1.**Oświadczam**, iż zapoznałem/łam\* się z treścią niniejszego formularza i w pełni zrozumiałem informacje w nim zawarte oraz te przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem,

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko lekarza

który poinformował mnie o rozpoznaniu, rodzaju proponowanego zabiegu /procedury medycznej, o sposobie jego /jej przeprowadzenia, o następstwach i powikłaniach mogących wystąpić podczas i po zabiegu/wykonaniu procedury medycznej, przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu/procedury medycznej, alternatywnych metodach diagnostycznych i leczniczych, wynikach leczenia, rokowaniu.

2.**Oświadczam**, iż podczas rozmowy z lekarzem miałem/łam\* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam\* na nie przystępne, zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi.

3. **Oświadczam**, że podczas wywiadu lekarskiego i badania przekazałem wszystkie i prawdziwe informacje o przebytych, leczonych i nieleczonych dolegliwościach, schorzeniach i chorobach a także nałogach, przyjmowanych lekach, wiadomych mi uczuleniach i alergiach oraz o zabiegach i operacjach, którym zostałem poddany w przeszłości oraz schorzeniach i chorobach członków mojej najbliższej rodziny.

**❑ Zgadzam się** na przeprowadzenie u mnie wskazanego zabiegu /procedury medycznej oraz jego/jej ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzenia zabiegu/procedury medycznej w razie niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Wyrażam zgodę na wykonanie wszelkich niezbędnych badań i czynności zmierzających do lub związanych z przeprowadzeniem zabiegu, w tym na znieczulenie miejscowe, znieczulenie ogólne i podanie krwi lub produktów krwiopochodnych (o ile zaistnieje taka potrzeba) oraz dysponowanie tkankami, które zostaną usunięte. Wyrażam zgodę na wykonywanie i przechowywanie niezbędnej dokumentacji medycznej.

**❑ Potwierdzam i zapewniam**, że składam niniejsze oświadczenie świadomie i swobodnie tak, co do powzięcia decyzji jak i wyrażenia woli

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zgodę pobrano:** | **data: \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_** | **godzina: \_\_\_\_ : \_\_\_\_** | **Miejsce:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **OZNACZENIE LEKARZA ODBIERAJĄCEGO ZGODĘ** (data, podpis i pieczątka lekarza) | **IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA** (wypełnić drukowanymi literami lub umieścić naklejkę – identyfikator pacjenta z CRIP) | **PODPIS PACJENTA**, także małoletniego\*, który ukończył 16 lat | **PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO** (w sytuacji, gdy pacjent jest małoletni\*/ ubezwłasnowolniony /niezdolny do świadomego wyrażenia zgody) |

*\* Uwaga zgoda podwójna tj. zgoda pacjenta oraz jego przedstawiciela ustawowego wymagana jest, gdy pacjent ukończył 16 rok życia)*

**❑ Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny/procedurę medyczną.**

**Oświadczam, że zostałem poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji
dla mojego życia i zdrowia.**

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

………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zgodę pobrano:** | **data: \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_** | **godzina: \_\_\_\_ : \_\_\_\_** | **Miejsce:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **OZNACZENIE LEKARZA ODBIERAJĄCEGO ZGODĘ** (data, podpis i pieczątka lekarza) | **IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA** (wypełnić drukowanymi literami lub umieścić naklejkę – identyfikator pacjenta z CRIP) | **PODPIS PACJENTA**, także małoletniego\*, który ukończył 16 lat | **PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO** (w sytuacji, gdy pacjent jest małoletni\*/ ubezwłasnowolniony /niezdolny do świadomego wyrażenia zgody) |

*\*Podpis pacjenta/ opiekuna musi być „własnoręczny” i umożliwiający identyfikację (z wyłączeniem szczególnych sytuacji)*