

# FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG OPERACYJNY

Plastyka języczka, podniebienia i gardła  
(Uvulopalatinopharyngoplastica - UPPP)

Imię i nazwisko Pacjenta	
PESEL/data urodzenia Pacjenta	
Nr. Ks. Gł.	
Data	
Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego	

## I. Nazwa procedury medycznej lub zabiegu

Plastyka gardła i podniebienia w przypadkach bezdechu i chrapania (UPPP)

## II. Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Zabieg polega na chirurgicznej korekcie w obrębie gardła - podniebienia miękkiego i języczka w celu poprawy drożności dróg oddechowych. W niektórych przypadkach z przerostem migdałków podniebiennych konieczne jest usunięcie migdałków podniebiennych.

## III. Opis innych dostępnych metod leczenia

Nie ma alternatywnych metod leczenia chirurgicznego. W zakresie działania zachowawczego możliwe stosowanie systemu zwiększonego ciśnienia w drogach oddechowych z maską (CPAP).

## IV. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

W związku z wykonaniem w/w procedury należy liczyć się z powikłaniami, które choć nie są wynikiem błędu to są zdarzeniami niepożądanymi (występują z różną częstością).

Po zabiegu UPPP mogą wystąpić następujące następstwa lub powikłania:

Częste lecz niegroźne:

- obrzęk, ból gardła, ból uszu
- krwawienie z gardła - wczesne (w 1. dniu)
- krwawienie późne (w dniach kolejnych, głównie do 7. doby)
- odma na szyi
- zmiana barwy głosu, nosowanie
- powiększenie i ból węzłów chłonnych szyi w pierwszych dniach po zabiegu
- zaburzenia smaku i czucia w gardle
- zaburzenia połykania utrzymujące się 2- 3 tygodnie

Następstwa odległe jak suchość w gardle, pieczenie, częstsze pojawianie się chrypki.

Rzadkie lecz dużo poważniejsze: silne krwawienie wymagające zaszycia nisz migdałkowych lub uśpienia pacjenta i wytamponowania gardła dolnego.

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.

## V. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związanego z indywidualnymi obciążeniami pacjenta

.....  
.....

**KONTAKT**

**S.C.D.Z. MEDICINA SP. Z O.O.**

Kraków, ul. Barska 12 | 668 024 554 | izba.przyjec@medicina.pl | www.medicina.pl

# FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG OPERACYJNY

Plastyka języczka, podniebienia i gardła  
(Uvulopalatinopharyngoplastica - UPPP)

## VI. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Pobyt w szpitalu 2-5 dni. Po zabiegu możliwe dolegliwości bólowe gardła, ból przy połykaniu, odczucie obrzęku śluzówek gardła. Wymagana jest specjalna dieta (papkowata, lekkostrawna).

## VII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Przy zaniechaniu leczenia możliwe jest pogorszenie stanu zdrowia.

## VIII. Oświadczenie pacjenta/przedstawiciela ustawowego pacjenta/opiekuna prawnego:

Ja niżej podpisany/a..... oświadczam, co następuje:

1) Zostałem/łam poinformowany/a przez lekarza.....o istocie choroby i możliwościach jej leczenia.

2) W pełni zrozumiałem/łam informacje zawarte w tym formularzu.

3) Zgadzam się na przeprowadzenie operacji.....

....., której założenia, cele, stopień ryzyka z nią związany, możliwości powikłań z niej wynikających zostały mi przedstawione w sposób dla mnie zrozumiały. Zostały mi także przedstawione inne niż leczenie operacyjne metody zwalczania tej choroby. Wyjaśniono mi także, że w czasie przeprowadzania planowanej operacji mogą zaistnieć trudne do przewidzenia sytuacje, które zmuszają lekarza operującego do zmiany planu operacyjnego w sensie poszerzenia lub ograniczenia zakresu operacji, jednak tylko w zakresie wymaganym przez rzeczywisty stan mojego zdrowia, wynikających z zaawansowania procesu chorobowego stwierdzanego w polu operacyjnym. O fakcie tym zostaną poinformowany po zabiegu.

4) Zapewniam, iż przekazałem/łam wszystkie i prawdziwe informacje o przebytych, leczonych i nieleczonych dolegliwościach, schorzeniach i chorobach, przyjmowanych lekach, wiadomych mi uczuleniach i alergiach, o zabiegach i operacjach, którym zostałem/łam poddany/a w przeszłości oraz o dolegliwościach, schorzeniach i chorobach członków mojej najbliższej rodziny.

5) Potwierdzam i zapewniam, że składam niniejsze oświadczenie świadomie i swobodnie tak, co do powzięcia decyzji, jak i wyrażenia woli, nie będąc wprowadzonym w błąd przez kogokolwiek, nie działając pod wpływem błędu wywołanego przez kogokolwiek oraz że nie wyzyskano przy składaniu tego oświadczenia mego stanu zdrowia, położenia, niedoświadczenia lub niedoświadczania.

6) Zgadzam się / nie zgadzam się (\*) na dopuszczenie do obserwacji zabiegu wykonywanego na mnie osób szkolących się oraz na dokonywanie dokumentacji fotograficznej i/lub video.

7) W czasie rozmowy z lekarzem, uzyskałem/łam odpowiedź na wszystkie zadane przeze mnie pytania, które dotyczyły stanu zdrowia, możliwych do zastosowania w moim przypadku metod leczenia, także zachowawczego, oraz postępowania w okresie pooperacyjnym.

8) Zostałem/łam również poinformowany/a, że mogę opuścić szpital po uprzednim wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego. W przypadku wypisu ze szpitala na własne żądanie, oświadczam, że nie będę rościł/a pretensji, w razie pojawienia się powikłań będących następstwem zbyt wczesnego opuszczenia szpitala.

9) Ewentualne uwagi Pacjenta.....

.....

.....

(\*) - niewłaściwie skreślić

.....  
KRAKÓW, DNIA

.....  
CZYTELNY PODPIS – PEŁNE IMIĘ I NAZWISKO  
PACJENTA/PREDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO

## OŚWIADCZENIE LEKARZA

Oświadczam, że przedstawiłem szczegółowo pacjentowi planowany sposób leczenia operacyjnego oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku operacji. Przedstawiłem też pacjentowi możliwe alternatywne metody leczenia.

.....  
KRAKÓW, DNIA

.....  
CZYTELNY PODPIS – PEŁNE IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA