

Imię i nazwisko Pacjenta:.....PESEL/Data urodzenia:.....

FORMULARZ ZGODY

I Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody

Imię i nazwisko Pacjenta:.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:.....

PESEL/Data urodzenia Pacjenta:.....

II Nazwa procedury medycznej lub zabiegu

OPERACJA PRZEPUKLINY OKOŁOSTOMIJNEJ

III Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Przyczyną kwalifikacji do operacji, którą proponujemy Pani/Panu jest:

.....
(wpisać rodzaj choroby i lokalizację zmiany)
.....

Rozpoznano u Pana/Pani* schorzenie polegające na osłabieniu tkanek powłoki jamy brzusznej wokół stomii, w wyniku czego pętle jelit z jamy brzusznej przemieszczają się pod skórę w okolicy stomii, do przestrzeni zwanej workiem przepuklinowym. Schorzenie to nie leczone może doprowadzić do wielu powikłań polegających w skrajnych przypadkach na niedrożności przewodu pokarmowego i martwicy jelit.

IV Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

- Operacja przeprowadzana jest w znieczuleniu ogólnym (dokładnych informacji na temat znieczulenia i jego możliwych powikłań udzieli lekarz anestezjolog podczas badania). Niekiedy konieczne jest zacewnikowanie pęcherza moczowego. Planowany u Pani/Pana zabieg polega na wypreparowaniu tkanek wokół stomii przez półkoliste nacięcie kilka centymetrów od niej, a następnie po odpreparowaniu i odprowadzeniu do jamy brzusznej zawartości worka przepuklinowego na zeszytciu powłoki jamy brzusznej w odpowiedni sposób, tak aby zamknąć przepuklinę i zapobiec nawrotowi dolegliwości. W niektórych sytuacjach dodatkowo można

Imię i nazwisko Pacjenta:.....PESEL/Data urodzenia:.....

zastosować siatkę z materiału syntetycznego w celu wzmocnienia tkanek. Ostatecznie decyzja o konieczności i możliwości zastosowania siatki jest podejmowana śródoperacyjnie przez lekarza operującego. Najczęściej stomia pozostaje w tym samym miejscu (nie jest odcinana od skóry). Standardowo tego typu zabieg nie wymaga dodatkowego otwierania jamy brzusznej a cała procedura jest wykonywana przez nacięcie przy stomii. Niekiedy jednak występują okoliczności, które zmuszają do otwarcia jamy brzusznej (zrosty jelitowe, niesprzyjające warunki anatomiczne). Wtedy konieczne jest wykonanie cięcia pośrodkowego jamy brzusznej.

Po operacji w jamie brzusznej mogą być pozostawione dreny. Przedstawione powyżej rodzaje operacji mogą być wykonane w przypadku takiej choroby jaka występuje u Pani/Pana. Niekiedy jednak występują okoliczności (niedokrwienie jelita, duży rozmiar przepukliny, czy też odmienności anatomiczne), które zmuszają chirurga do zmiany sposobu postępowania operacyjnego. W tych przypadkach konieczne jest przeniesienie stomii, czyli wyłonienie jelita na powierzchnię brzucha w innym miejscu. Przeniesienie stomii może się wiązać z koniecznością odcięcia części jelita tworzącego stomię.

V Opis innych dostępnych metod leczenia

Należy podkreślić, że jedyną skuteczną metodą leczenia przepuklin pozostaje leczenie operacyjne. Stosowanie różnego typu pasów przepuklinowych, ćwiczeń itp. powoduje jedynie zmniejszenie dolegliwości i niekiedy spowalnia powiększanie się przepukliny. Ponadto długotrwałe stosowanie takiego pasa osłabia (zmniejsza) elastyczność i wytrzymałość powłok brzusznych doprowadzając w efekcie do powiększania się rozmiarów przepukliny. Całkowite wyleczenie Pana/Pani choroby bez zabiegu operacyjnego jest niemożliwe.

Operacja może być przeprowadzona technika laparoskopową - t.j. przy użyciu kamery i specjalnych narzędzi, wprowadzanych do jamy brzusznej przez niewielkie otwory w skórze. Technika ta jest jednak możliwa do zastosowania jedynie w określonych przypadkach.

VI Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

Zabieg operacyjny nie przebiega identycznie u każdego chorego. Zależy to od jego budowy anatomicznej, stanu odżywienia, stopnia zaawansowania choroby podstawowej i chorób współistniejących oraz od jego stanu ogólnego. Różne, trudne do przewidzenia trudności techniczne

Imię i nazwisko Pacjenta:.....PESEL/Data urodzenia:.....

występujące podczas zabiegu operacyjnego mogą spowodować, że pomimo starań lekarzy podczas operacji, jak i po jej zakończeniu może dojść do wystąpienia powikłań. Do powikłań tych należą:

- krwawienia śródoperacyjne i pooperacyjne, niekiedy wymagające przetoczenia krwi lub ponownej operacji;
- uszkodzenie innych narządów (np. innego odcinka jelita, śledziony, wątroby, nerwów, naczyń krwionośnych). Ryzyko takiego uszkodzenia wzrasta przy znacznej otyłości, przy zaburzonych stosunkach anatomicznych, po przebytych zabiegach operacyjnych w obrębie jamy brzusznej, lub w stanach zapalnych w jamie brzusznej.
- całkowite lub częściowe rozejście się rany na skutek powikłań jej gojenia lub zaburzeń ukrwienia wymagające ponownej interwencji chirurgicznej;
- zakażenia rany pooperacyjnej na skutek infekcji, co prowadzi do przedłużonego gojenia rany, wydłużenia czasu hospitalizacji, gorszego efektu kosmetycznego i osłabienia blizny. Wszystkie operacje na jelicie grubym wiążą się z podwyższonym ryzykiem zakażenia rany pooperacyjnej i jamy otrzewnej przez bakterie znajdujące się w przewodzie pokarmowym;
- zakażenia wewnątrztrzewnowe, w wyniku których mogą rozwinąć się ropnie w jamie brzusznej;
- infekcje innych układów, w szczególności układu moczowego oraz oddechowego;
- powikłania związane z zakładaniem i obecnością wkłuc dożylnych (miejscowa infekcja, krwiak, obrzęk, zakażenie wkłucia)
- tworzenie się zakrzepów w układzie żylnym, co zagraża: zakrzepicą naczyń kończyn dolnych, naczyń jamy brzusznej, a w przypadku oderwania zakrzepu zatorem tętnicy płucnej, lub mikrozatorowością płuc;
- powstawanie zatorów tętnic, które mogą spowodować między innymi zawał serca, udar mózgu, lub zamknięcie innych tętnic obwodowych;
- powikłania ze strony układu krążenia – nasilenie niewydolności krążenia, zaburzenia rytmu serca, niedokrwienie mięśnia sercowego
- niekiedy mogą wystąpić uszkodzenia lub oparzenia skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny stosowane podczas zabiegu;
- alergie na leki stosowane w okresie okołoperacyjnym – szczególnie leki stosowane podczas znieczulenia, antybiotyki oraz środki przeciwbólowe;
- duże i zniekształcające blizny, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub powikłań w procesie gojenia;

Imię i nazwisko Pacjenta:.....PESEL/Data urodzenia:.....

- zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B i C (tzw. żółtaczkę zakaźną) lub wirusem HIV;
- zrosty w jamie brzusznej, które nawet po latach mogą doprowadzić do niedrożności jelit;
- przedłużająca się pooperacyjna niedrożność porażenna jelit;
- uszkodzenia gałązek nerwów skórnych, powodujące czasowe lub stałe zaburzenia czucia okolicy blizny pooperacyjnej;
- nawrót przepukliny pooperacyjnej - ryzyko tego powikłania wzrasta u chorych otyłych i przy zaburzeniach gojenia się rany;

VII Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

.....
.....
.....

VIII Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Po zabiegu pozostaje Pani/Pan zazwyczaj w sali pooperacyjnej (zazwyczaj od kilku do 24 godzin), gdzie monitorowane są podstawowe funkcje życiowe – ciśnienie krwi, akcja serca, wydolność układu oddechowego, co gwarantuje maksymalnie bezpieczną opiekę medyczną bezpośrednio po zabiegu i znieczuleniu. W sali tej najczęściej nie są możliwe odwiedziny bliskich. Następnie będzie Pani/Pan przetransportowana do oddziału chirurgii. Przeprowadzona operacja wymaga w pierwszej dobie podawania płynów dożylnie, nie jest natomiast możliwe przyjmowanie płynów czy też pokarmów drogą doustną. Czas podawania płynów i włączenia diety doustnej uzależniony jest od przebiegu pooperacyjnego. Decyzja o rozpoczęciu żywienia doustnego jest podejmowana przez lekarza prowadzącego. Najpierw otrzyma Pani/Pan doustnie płyny, następnie w przypadku dobrej tolerancji kolejno pokarmy płynne (zupy, kleiki), a później dietę stałą. Po operacji będzie Pani/Pan odczuwać dolegliwości bólowe związane z raną pooperacyjną, mogą także wystąpić nudności i wymioty. Około 5-6 doby po zabiegu będzie Pani/Pan wypisana do domu. Dalsza opieka pooperacyjna sprawowana jest ambulatoryjnie. Częstotliwość wizyt ustala lekarz opiekujący się Panią/Panem w poradni.

Powyższy opis dotyczy niepowikłanego i standardowego przebiegu pooperacyjnego.

Imię i nazwisko Pacjenta:.....PESEL/Data urodzenia:.....

Powinniście Państwo być świadomi, że operacja jest zawsze związana z ryzykiem powikłań, zarówno wymienionych powyżej, jak i innych, rzadziej występujących, trudnych do przewidzenia .

Wystąpienie powikłań może wymagać kolejnych operacji, zmiany sposobu leczenia, przedłużenia jego okresu i może być także przyczyną śmierci.

Nie można zatem z całą pewnością oczekiwać, że podczas leczenia operacyjnego lub po nim nie dojdzie do ich wystąpienia.

IX Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z proponowanego leczenia wiąże się z ryzykiem ciągłego powiększania się przepukliny, z czasem może ona znacznie utrudniać lub wręcz uniemożliwić prawidłowe zaopatrzenie stomii workami stomijnymi. Może również wystąpić sytuacja, w której znajdujące się w worku przepuklinowym pętle jelit nie będą mogły cofnąć się do jamy brzusznej lub być tam ręcznie odprowadzone. To z kolei może doprowadzić do powstania niedrożności przewodu pokarmowego, a w skrajnych sytuacjach do niedokrwienia, martwicy i przedziurawienia jelit. Powikłania te wymagają pilnej interwencji chirurgicznej i mogą stanowić bezpośrednie zagrożenia życia. Trzeba także zaznaczyć, że ryzyko powikłań w przypadku operacji wykonywanych w trybie nagłym, jest kilkakrotnie wyższe niż w przypadku operacji planowych.

X Oświadczenie pacjenta

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia , badań, oraz przebytych chorób.

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Data i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia

.....
* niepotrzebne skreślić

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam* poinformowany/na* przez o proponowanym rodzaju leczenia. Oświadczam, iż miałem/łam* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i

Imię i nazwisko Pacjenta:.....PESEL/Data urodzenia:.....

otrzymałem/łam* na nie odpowiedź. Jeżeli macie Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia prosimy o ich wpisanie poniżej:

.....
.....
.....

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

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

.....
.....
.....