

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 PRZETOKI OKOŁOODBYTNICZEJ

.....  
.....

### 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\* przetokę okołodbytniczą. Przetoka jest to patologiczny (nieprawidłowy) kanał łączący kanał odbytu/odbytnicę ze skórą okolicy krocza. Typowymi objawami tej choroby są: wyciek treści ropnej z okolicy odbytu, nawracające ropnie okołodbytnicze, oraz świąd i pieczenie skóry okolicy odbytu. Charakterystyczne dla tej choroby jest również okresowe nasilanie się powyższych dolegliwości. W przypadku zarośnięcia się otworów: zewnętrznego i wewnętrznego przetoki dochodzi do rozwoju ropnia okołodbytniczego – silnego, bolesnego wygórowania skóry okolicy krocza, często z towarzyszącą gorączką i dreszczami.

### IV Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

- Operacja przeprowadzana jest w znieczuleniu dożylnym, przewodowym lub ogólnym (dokładnych informacji na temat znieczulenia i możliwych jego powikłań udzieli lekarz

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

anestezjolog podczas badania). Pierwszym etapem zabiegu jest dokładna kontrola odbytnicy i okolicy okołodbytniczej. Po odnalezieniu otworu zewnętrznego kanału przetoki, operujący będą się starali odnaleźć jej otwór wewnętrzny i odnaleźć wszystkie kanały przetoki. W zależności od przebiegu kanału przetoki podjęta będzie decyzja co do wyboru optymalnego rodzaju operacji. Jeśli kanał przetoki biegnie tuż pod skórą może być wycięty w całości lub rozcięty. W przypadkach kiedy kanał przebiega głębiej i przez mięsień zwieracz zewnętrzny wtedy do jego światła zostanie założona nić, która będzie musiała tam pozostać na okres od kilku tygodni do kilku/kilkunastu miesięcy. Ponadto część przetoki od strony skóry zostanie wycięta. W przypadku większej ilości ujść zewnętrznych lub kanałów przetok konieczne będzie założenie większej ilości nici drenujących lub drenów. W przypadku głębokich przetok okołodbytnicznych konieczne bywa założenie drenów w okolicę odbytu (również na okres kilku tygodni do kilku/kilkunastu miesięcy). Przypadki przetok złożonych (bardziej skomplikowanych) mogą być leczone poprzez wykonanie operacji zamknięcia ujść przetoki przy pomocy przesuniętego płata skórniego lub śluzówkowego. Okres gojenia się miejsc operowanych może być w przypadku tej choroby bardzo długi – dłuższy, niż przedstawiony powyżej czas pozostawienia nici lub drenów w kanałach przetoki. Należy również zaznaczyć iż leczenie przetok okołodbytnicznych jest często wieloetapowe, tzn. zachodzi konieczność rozłożenia poszczególnych etapów leczenia na kilka zabiegów operacyjnych.

## **V Opis innych dostępnych metod leczenia**

- Należy podkreślić, że leczenie chirurgiczne przetok okołodbytnicznych jest jedyną formą terapii umożliwiającą wyleczenie chorego, obarczoną jednak dużym odsetkiem powikłań (nawrót przetoki i upośledzenie trzymania gazów i stolca) – 13 do 36%. Przedstawione powyżej metody są najczęściej stosowanymi, o największym stopniu skuteczności leczenia. Inne sposoby leczenia chirurgicznego to zamykanie kanału przetoki silikonowymi zatyczkami lub zaklejanie specjalnym klejem tkankowym. Jednak metody te są skuteczne jedynie w przypadku leczenia prostych przetok. Nie istnieją metody farmakologiczne, które wykazują skuteczność w leczeniu tej choroby.

## **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, przebiegu kanałów przetok okołodbytnicznych i chorób współistniejących oraz od jego stanu ogólnego. Różne, trudne do przewidzenia trudności techniczne występujące podczas

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

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 założenia setonu do kanału przetoki lub ponownej operacji;
- uszkodzenie zwieraczy odbytu - ryzyko takiego uszkodzenia wzrasta w przypadku operacji nawrotowych przetok okołoodbytniczych oraz przetok głęboko penetrujących do miednicy mniejszej
- nawrót przetoki (w różnym okresie czasu od operacji)
- zaburzenia trzymania gazów i stolca o różnym stopniu nasilenia
- niekiedy mogą wystąpić uszkodzenia lub oparzenia skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny stosowane podczas zabiegu;
- infekcje innych układów, w szczególności układu moczowego;
- wystąpienie zakażenia tkanek okolicy krocza wymagającego przedłużonego leczenia antybiotykami i lekami przeciwzapalnymi. W przypadku nasilonego odczynu zapalnego nie poddającego się leczeniu farmakologicznemu zachodzi konieczność ponownej operacji polegającej na nacięciu i drenażu okolicy krocza.
- powikłania związane z zakładaniem i obecnością wkłuc dożylnych (miejscowa infekcja, krwiak, obrzęk, zakażenie wkłucia);
- powikłania związane ze znieczuleniem przewodowym – zaburzenia oddawania moczu, wymagające założenia cewnika do pęcherza moczowego, bóle głowy i odcinka lędźwiowego kręgosłupa;
- powikłania ze strony układu krążenia – nasilenie niewydolności krążenia, zaburzenia rytmu serca, niedokrwienie mięśnia sercowego;
- alergie na leki stosowane w okresie okołoperacyjnym – szczególnie leki stosowane podczas znieczulenia, antybiotyki oraz środki przeciwbólowe;
- nietrzymanie stolca na skutek uszkodzenia zwieraczy odbytu. Powikłanie to występuje znamienne częściej u chorych po wcześniejszych, wielokrotnych operacjach proktologicznych oraz u pacjentek po przebytych porodach.
- duże i zniekształcające blizny okolicy krocza, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub powikłań w procesie gojenia;
- zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B i C (tzw. żółtaczkę zakaźną) lub HIV;
- zwężenie kanału odbytu utrudniające prawidłowe oddawanie stolca

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

- uszkodzenia gałązek nerwów skórnych, powodujące czasowe lub stałe zaburzenia czucia okolicy blizny pooperacyjnej;

**Większość w/w powikłań może wymagać kolejnych operacji, zmiany sposobu leczenia, przedłużenia jego okresu i może być także trwałego pogorszenia stanu zdrowia.**

## **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 kilka godzin po operacji), 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. Po operacji będzie Pani/Pan odczuwać dolegliwości bólowe związane z raną pooperacyjną, mogą także wystąpić nudności i wymioty związane ze znieczuleniem. W okresie pooperacyjnym należy spodziewać się również zwiększenia ilości wypływającej treści ze zdrenowanego kanału przetoki. Konieczne będzie również wykonywanie nasiadówek ze środków odkażających okolicę odbytu – szczegółowe informacje na ten temat będą przedstawione przez lekarza prowadzącego po zabiegu operacyjnym. Czas pobytu w szpitalu uzależniony jest od rodzaju przeprowadzonego zabiegu operacyjnego. Dalsza opieka pooperacyjna sprawowana jest ambulatoryjnie. Częstotliwość wizyt ustala lekarz opiekujący się Panią/Panem w poradni. Czas do pełnego wyleczenia przetoki po operacji jest długi – minimum kilka tygodni. Stąd konieczna jest ścisła współpraca ze specjalistyczną poradnią chirurgiczną po zabiegu operacyjnym.

**Powyższy opis dotyczy niepowikłanego i standardowego przebiegu pooperacyjnego.**

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

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

**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 brakiem możliwości wyleczenia przetoki okołodbytniczej. Nie leczona przetoka okołodbytnicza w znacznym stopniu upośledza komfort życia chorego i grozi powstaniem ropnia(i) okołodbytnicznych lub ropowicy krocza. Zaniechania leczenia prowadzi najczęściej do pogorszenia stanu miejscowego i komfortu życia chorego.

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

.....

.....

.....

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

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)

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