

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

Laparoskopowe albo klasyczne (na otwarto) wycięcie wyrostka robaczkowego.

Drenaż jamy otrzewnowej (do decyzji chirurga).

Pierwotne lub odroczone zeszyście tkanki podskórnej i skóry (do decyzji chirurga).

III Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego (ozwr) jest najczęstszą ostrą chorobą jamy brzusznej. Występuje z częstością około 1/1000/rok i dotyczy ok. 7-9% populacji. Wyrostek robaczkowy to ślepo zakończona rurkowata struktura podstawa połączona z kątnicą w okolicy połączenia krętniczo-kątniczego po prawej stronie brzucha (prawe podbrzusze). Położenie wyrostka jest zmienne (miedniczne, biodrowe, jelitowe, pozakątnicze) co powoduje zmienność objawów. Podstawowym objawem jest silny ból brzucha zaczynający się w śródbzuszu w okolicy pępka), a następnie przesuwający się do prawego podbrzusza. Inne objawy to mdłości, brak apetytu, wymioty, stan podgorączkowy, bolesność prawej kończyny dolnej. Jeżeli dolegliwości utrzymują się dłużej niż 6 godz. Należy zgłosić się do chirurga. Rozpoznanie ozwr najczęściej jest łatwe ale u dzieci, ludzi w podeszłym wieku, ciężarnych kobiet i chorych obciążonych innymi chorobami jak np. choroby neurologiczne rozpoznanie jest bardzo trudne. Konieczna jest konsultacja chirurgiczna oraz badania dodatkowe jak badanie liczby leukocytów, usg lub tomografia komputerowa jamy brzusznej.

IV Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Leczeniem z wyboru ozwr jest operacja polegająca otwarciu jamy brzusznej

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

.najczęściej w znieczuleniu ogólnym, usunięcie chorobowo zmienionego wyrostka robaczkowego, kontroli okolicznych narządów, wypłukaniu jamy otrzewnowej z zalegającej zawartości ropnej (jeśli jest obecna). W sytuacji jeśli są trudności z zatrzymaniem krwawienia lub jeśli jama otrzewnej jest bardzo skażona, pozostawia się dren w jamie otrzewnowej.

O rodzaju znieczulenia wymaganego do przeprowadzenia opisanej operacji, jego przebiegu i możliwych zagrożeniach z nim związanych poinformuje Państwa lekarz anestezjolog.

V Opis innych dostępnych metod leczenia

Jeśli pacjent nie kwalifikuje się do operacji lub znieczulenia ogólnego ze względu na ogólny stan zdrowia można w wyjątkowych sytuacjach leczyć niechirurgicznie podając antybiotyki o szerokim zakresie działania działające na bakterie tlenowe i beztlenowe dożylnie, stosując leczenie żywieniowe dożylnie i podając dożylnie płyny krwiozastępcze.

VI Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

W następstwie ozwr i operacji mogą wystąpić następujące powikłania:

- uszkodzenie sąsiednich narządów wymagające ich naprawy lub usunięcia. Ryzyko wzrasta przy otyłości, zaburzonych stosunkach anatomicznych, po przebytych zabiegach operacyjnych w jamie brzusznej, po przebytych stanach zapalnych i/lub zrostach;
- krwawienia, przy których zachodzi konieczność transfuzji krwi, zabiegów endoskopowych lub operacyjnych;
- nieszczelność przewodu pokarmowego mogąca prowadzić do wytworzenia zbiorników ropnych, przetok jelitowych, zapalenia otrzewnej i konieczności ponownej operacji;
- infekcja rany pooperacyjnej: może prowadzić do przedłużonego gojenia, powstawania ropni lub przetok, rozejścia się rany; ze względu na osłabienie odporności związane z chorobą i leczeniem każda infekcja może wywołać stan septyczny;
- uszkodzenia skóry przez środki dezynfekcyjne lub prąd elektryczny;
- zbyt duże i nieestetyczne blizny, które mogą powstać w wyniku skłonności osobniczych lub zaburzeń w procesie gojenia ran;

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

- powikłania kardiologiczne: niedokrwienie i/lub zawał mięśnia sercowego; zaburzenia rytmu serca, niewydolność serca, zaburzenia ciśnienia tętniczego prowadzące do zaburzeń ukrwienia innych narządów w tym mózgu;
- tworzenie się zakrzepów i zatorów np. zakrzepowe zapaleniem żył, zator tętnicy płucnej, udar mózgowy itp.;
- powikłania oddechowe: zapalenie płuc, płyn w jamach opłucnowych, niewydolność oddechowa;
- powikłania neurologiczne dotyczące zaburzeń czucia obwodowego, zaburzeń widzenia, słyszenia, porażenia nerwów obwodowych, uszkodzeń mózgu lub rdzenia kręgowego o charakterze przemijającym lub utrwalonym;
- ból spowodowany uszkodzeniem nerwów obwodowych, splotów nerwowych lub ośrodków nerwowych w mózgu lub rdzeniu kręgowym o charakterze przemijającym lub utrwalonym, bóle neuropatyczne;
- zakażenie wirusem zapalenia wątroby (tzw. żółtaczką zakaźną) lub HIV;
- niektóre powikłania mogą powodować poważne zagrożenie dla zdrowia i życia, mogą wymagać dodatkowych badań i zabiegów, czasami ponownej operacji, a czasami mogą doprowadzić do zgonu;
- w czasie operacji i w okresie pooperacyjnym mogą wystąpić również niespotykane dotąd powikłania o nieznanym przebiegu i następstwach.

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

W większości przypadków rokowanie jest dobre. W zależności od obecności czynników ryzyka jak zaawansowany wiek chorego, choroby towarzyszące, stan zaawansowania choroby podstawowej, stanu odżywienia (otyłość jest równie ryzykowna jak i niedożywienie) przebieg pooperacyjny może być powikłany, co zostało omówione w

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

poprzednim punkcie.

IX Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Brak zgody na proponowane leczenie może skutkować.

pogorszeniem stanu chorego, rozwojem rozlanego zapalenia otrzewnej, sepsy, do zgonu włącznie w przypadku leczenia antybiotykami i żywieniem pozajelitowym w sprzyjających sytuacjach choroba może ulec wyleczeniu.

X Oświadczenie pacjenta

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 ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia proszę wpisać je 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)

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

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

Data i podpis pacjenta

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

Data i podpis przedstawiciela ustawowego

Data i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia

.....

* niepotrzebne skreślić