

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

PRZEDNIE WYCIĘCIE ODBYTNICY

### 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\* chorobę nowotworową jelita grubego (zlokalizowana w górnej/środkowej części odbytnicy), która rozwijała się w tym narządzie od dłuższego czasu. Do najczęstszych jej objawów należy krwawienie – zazwyczaj widoczne, jako świeża krew w stolcu obserwowana podczas wypróżnienia, czasem także z domieszką śluzu. Ponadto często występują dolegliwości bólowe jamy brzusznej zlokalizowane w dolnej, lewej połowie brzucha oraz zaburzenia oddawania stolca – zaparcia lub biegunki. Wymienionym objawom może towarzyszyć zmniejszenie masy ciała. Nieleczona choroba może doprowadzić do zamknięcia światła jelita i niedrożności przewodu pokarmowego. O rozwoju choroby świadczy również pojawienie się przerzutów nowotworowych (najczęściej do wątroby lub/i płuc) jak również i znacznego stopnia wyniszczenie doprowadzające do zgonu.

Opisany poniżej zabieg wykonuje się także u pacjentów z wykrytymi dużymi nowotworami niezłośliwymi zlokalizowanymi w odbytnicy (niemożliwymi do wycięcia innymi metodami), gdyż mogą one z biegiem czasu ulec przemianie w nowotwór złośliwy i mogą zaburzać prawidłowy pasaż treści jelitowe przez odbytnicę.

Operacja ta jest również wykonywana w przypadkach:

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

- licznych przetok okołodbytnicznych doprowadzających do znacznego zwężenia światła odbytnicy lub jej innego, anatomicznego uszkodzenia,
- w przypadkach przetok z narządami sąsiadującymi (np. pochwą, pęcherzem moczowym) w przebiegu swoistych chorób zapalnych jelit,
- w przypadkach endometriozy odbytnicy (nieprawidłowego położenia błony śluzowej macicy w jelicie powodującego krwawienia i zaburzenia drożności jelita),
- w przypadkach zmian chorobowych odbytnicy po stosowanej radioterapii.

#### **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 wypreparowania części lewej połowy okrężnicy wraz z odbytnicą, a następnie usunięciu części jelita grubego (esicy) wraz z częścią odbytnicy, w której znajduje się guz celem zapewnienia usunięcia wszystkich chorobowo zmienionych tkanek. W zależności od umiejscowienia guza w odbytnicy (część górna lub część środkowa) usunięte zostanie częściowo lub całkowicie mezorektum – tkanka tłuszczowa wokół odbytnicy, bogata w węzły chłonne, będące jednym z miejsc przerzutów komórek nowotworowych. Następnie zostanie wykonane zespolenie jelitowe pomiędzy jelitem grubym powyżej usuniętego odcinka jelita, a pozostawionym fragmentem odbytnicy. W określonych sytuacjach może się okazać, że guz nacieka na okoliczne narządy np. macicę, prostatę, pęcherz moczowy i konieczne jest ich całkowite lub częściowe usunięcie w celu uzyskania jak najlepszego efektu terapeutycznego. Operacja może być także przeprowadzona techniką laparoskopową - tj. przy użyciu kamery i specjalnych narzędzi, wprowadzanych do jamy brzusznej przez niewielkie otwory w skórze. Technika ta jest jednak możliwa do zastosowania jedynie w wybranych przypadkach. Po operacji w jamie brzusznej mogą być pozostawione drenaże. Opisany rodzaj operacji wykonywany jest najczęściej w przypadku takiej choroby, jaka występuje u Pani/Pana. Niekiedy jednak występują okoliczności, które uniemożliwiają wykonanie zespolenia jelitowego (niedrożność jelit, niedokrwienie, duży rozmiar guza, znaczne zaawansowanie procesu chorobowego czy też odmienności anatomiczne). **W tych przypadkach konieczne jest wytworzenie stomii, czyli wyłonienie jelita cienkiego bądź grubego na powierzchnię brzucha, które następnie jest zaopatrywane workiem, do którego odchodzi treść jelitowa.** Kolejną sytuacją, która może rozszerzyć zakres zabiegu jest konieczność wytworzenia czasowej przetoki jelitowej (stomii) na jelicie cienkim na okres 3 do 6 m-cy. Wykonuje się ją w sytuacji wykonania

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

bardzo niskiego zespolenia jelitowego w celu stworzenia optymalnych warunków do zagojenia się tego zespolenia.

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

- Należy podkreślić, że obecnie podstawą leczenia guzów jelita grubego pozostaje leczenie operacyjne. Jeżeli Pana/Pani onkolog uzna to za niezbędne, w odpowiednim czasie po operacji zostanie Pan/Pani poddana chemio i/lub radioterapii. Chemioterapia i radioterapia ma jedynie zastosowanie uzupełniające, bądź jest stosowana w przypadkach zmian chorobowych niemożliwych do usunięcia chirurgicznego, jako leczenie pozwalające na zmniejszenie dolegliwości. Całkowite wyleczenie Pana/Pani choroby przy zastosowaniu **WYŁĄCZNIE** chemioterapii lub radioterapii jest niemożliwe.
- Zmiany niezłośliwe pod postacią polipa mogą być również usuwane metodami endoskopowymi. Do tego rodzaju operacji kwalifikowani są jednak tylko pacjenci o określonym rodzaju, wielkości i lokalizacji zmiany. Pozostawienie polipa wiąże się z ryzykiem jego przemiany w nowotwór złośliwy, rozwojem zmian przerzutowych i w konsekwencji gorszymi wynikami leczenia.
- Leczenie przetok okołoodbytniczych i przetok między odbytnicą, a sąsiadującymi strukturami może być przeprowadzone za pomocą innych dostępnych metod operacyjnych jak i leczenia zachowawczego. W sytuacji zmian zaawansowanych konieczne jest wykonanie zabiegu radykalnego, opisanego powyżej. Z uwagi na konieczność dostosowania leczenia do Pani/Pana sytuacji klinicznej, o możliwych formach innego leczenia zostanie Pani/Pan poinformowany przez lekarza prowadzącego.

- **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 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;

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

- uszkodzenie innych narządów (np. innego odcinka jelita, śledziony, wątroby, moczowodu, 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.
- urazy pęcherza moczowego, które mogą być następstwem nacieku nowotworowego lub jego przemieszczenia przez dużą masę guza, jak też zrosty po przebytych w przeszłości zabiegach operacyjnych;
- uszkodzenia cewki moczowej, pęcherzyków nasiennych i gruczołu krokowego, które mogą być związane z naciekiem przez proces nowotworowy;
- zaburzenia prawidłowej czynności pęcherza moczowego oraz zaburzenia seksualne (obniżenie libido, impotencja, bezpłodność, zaburzenia erekcji, ejakulacji i odczuwania orgazmu, suchość pochwy, bolesne stosunki płciowe), spowodowane przez znaczne zaawansowanie choroby nowotworowej i konieczność wykonania rozległego radykalnego zabiegu operacyjnego;
- zaburzenia czynności aparatu zwieraczowego odbytu (okresowe lub stałe), w tym nietrzymanie gazów, jak również płynnego, a także uformowanego stolca; im niżej wykonano zespolenie jelitowe (tj. bliżej odbytu), tym większe jest ryzyko wystąpienia tego typu powikłań;
- nieszczelność szwu na jelicie i rozejście zespolenia, mogące prowadzić do powstania przetoki jelitowej, do zapalenia otrzewnej i konieczności ponownej operacji;
- 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)

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

- 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
- powikłania ze strony układu oddechowego – zapalenie płuc
- 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;
- zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B i C (tzw. żółtaczką zakaźną) lub wirusem HIV;
- zrosty w jamie brzusznej, które nawet po latach mogą doprowadzić do niedrożności jelit;
- zwężenie zespolenia jelitowego zaburzające pasaż treści jelitowej;
- przedłużająca się pooperacyjna niedrożność porażenna jelit;
- biegunki będące konsekwencją znacznego skrócenia jelita grubego;
- uszkodzenia gałązek nerwów skórnych, powodujące czasowe lub stałe zaburzenia czucia okolicy blizny pooperacyjnej;
- powstanie przepukliny pooperacyjnej - z reguły po kilku miesiącach. Ryzyko jej wystąpienia wzrasta u chorych otyłych i przy zaburzeniach gojenia się rany;
- wznowa procesu nowotworowego jak również powstanie przerzutów odległych;

## **VII Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta**

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

.....

.....

.....

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

### **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 pierwszych dobach 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. Należy się także spodziewać większej częstości wypróżnień, jak również luźniejszych (w porównaniu z okresem przed zabiegiem) stolców. Około 6-7 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.**

**Powinności 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 brakiem możliwości usunięcia zmiany nowotworowej. W przypadku zmiany łagodnej istnieje ryzyko jej przemiany w zmianę złośliwą. W przypadku zmiany złośliwej istnieje duże prawdopodobieństwo, że jej rozmiar będzie się powiększać, doprowadzając do zamknięcia światła jelita i niedrożności przewodu pokarmowego (bądź zaburzenia funkcji innych, sąsiadujących narządów, co zwykle wymaga leczenia operacyjnego w trybie nagłym i w zdecydowanej większości przypadków kończy się wyłonieniem

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

stomii). Wówczas z reguły nie jest możliwe całkowite usunięcie guza. Pozostawienie zmiany wiąże się również z postępującym ryzykiem krwawienia do przewodu pokarmowego, wyniszczenia i wreszcie śmierci wskutek powikłań i postępu choroby. Trzeba także zaznaczyć, że ryzyko powikłań w przypadku operacji wykonywanych w trybie nagłym, jest kilkakrotnie wyższe niż w przypadku operacji planowych.

Powstrzymanie się od operacji w przypadku obecności przetok, endometriozy czy zmian popromiennych również będzie się wiązało z nasilaniem się istniejących dolegliwości. Opóźnienie leczenia może również wiązać się ze zwiększonym ryzykiem konieczności wyłonienia stomii.

## **X Oświadczenie pacjenta**

**Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zatailem/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:

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

Data i podpis pacjenta .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

**Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji**

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

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)

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