

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

WYCIĘCIE ZAKRZEPICY 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\* zakrzep w guzku krwawniczym odbytu, który wymaga leczenia operacyjnego. Guzki krwawnicze (hemoroidy) to struktury naczyniowe występujące w kanale odbytu każdego zdrowego człowieka pod postacią pakietów naczyniowych wypełniających się krwią, pełniących pomocniczą rolę w kontrolowaniu procesu wypróżniania i oddawania gazów. O chorobie mówimy w przypadku, gdy stają się one nadmiernie powiększone, wskutek zaburzenia odpływu krwi i w zależności od ich umiejscowienia względem zwieraczy odbytu, dają określone objawy, takie jak: krwawienia podczas i po oddawaniu kału o różnym nasileniu, świąd i pieczenie w okolicy odbytu oraz w niektórych przypadkach dolegliwości bólowe i powstawanie skrzepów w splocie żylnym okołoodbytniczym. Hemoroidy umiejscawiają się na zewnątrz lub wewnątrz odbytu. Hemoroidy umiejscowione na zewnątrz są bardziej bolesne, z uwagi na to, że pokryte są anodermą, wyspecjalizowaną strukturą posiadającą bogate unerwienie czuciowe. Zakrzep w takim hemoroidzie zwykle objawia się nagłym powstaniem twardego, bolesnego „guzka” na zewnątrz odbytu. Sprawia on bardzo silne dolegliwości bólowe i utrudnia wypróżnianie co w części przypadków wymaga szybkiej interwencji chirurgicznej w celu ustąpienia objawów.

### IV Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

- Operacja przeprowadzana jest w znieczuleniu miejscowym, ogólnym lub przewodowym (dokładnych informacji na temat znieczulenia i możliwych jego powikłań udzieli lekarz anestezjolog podczas badania). Niekiedy konieczne jest zacewnikowanie pęcherza moczowego. Planowany u Pani/Pana zabieg polega na nacięciu zakrzepłego hemoroidu, po

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

ewentualnym, wcześniejszym ostrzyknięciu go roztworem środka znieczulającego lub obkurczającego naczynia krwionośne i usunięciu skrzepów krwi z jego światła. Wykonujący zabieg lekarz może zdecydować o usunięciu całego hemoroidu/hemoroidów, co daje lepsze wyniki leczenia, szybsze ustąpienie silnych dolegliwości bólowych i związane jest z rzadszym nawrotem podobnych dolegliwości. Po wycięciu guzka krwawniczego cała okolica odbytu zostanie sprawdzona pod kątem możliwości wystąpienia krwawienia, krwawiące naczynia zostaną zamknięte. Zostanie również sprawdzona drożność (szerokość) odbytu.

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

- Ze względu na silne dolegliwości bólowe w ciągu pierwszych 72 godzin od wystąpienia objawów leczenie chirurgiczne jest najbardziej skutecznym sposobem leczenia. Stosowanie maści i czopków na zakrzepły guzek krwawniczy jest mniej skutecznym sposobem leczenia tego schorzenia i tylko u niewielu pacjentów prowadzi do szybkiego ustąpienia dolegliwości. Po 72 godzinach dochodzi do powolnego rozkładania się zakrzepłej krwi, co z czasem prowadzi do zmniejszania się objawów. Zabieg chirurgiczny jest wtedy leczeniem z wyboru dla pacjenta, gdyż różnice w natężeniu dolegliwości bólowych są indywidualne, a same dolegliwości mogą się utrzymywać jeszcze przez ok. 1 -2 tygodni.

## **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;
- uszkodzenie innych narządów (np. mięśni zwieraczy odbytu, co może prowadzić do zaburzenia kontroli oddawania stolca),
- 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.

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

Wszystkie operacje na jelicie grubym wiążą się z podwyższonym ryzykiem zakażenia rany pooperacyjnej przez bakterie znajdujące się w przewodzie pokarmowym;

- infekcje innych układów, w szczególności układu moczowego
- powikłania związane z zakładaniem i obecnością wkłuc dożylnych (miejscowa infekcja, krwaki, obrzęk, zakażenie wkłucia)
- 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;
- alergię na leki stosowane w okresie okołoperacyjnym – szczególnie leki stosowane podczas znieczulenia, antybiotyki oraz środki przeciwbólowe;
- Zniekształcające blizny, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub powikłań w procesie gojenia;
- zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B i C (tzw. żółtaczkę zakaźną) lub wirusem HIV;
- Nadmierne zbliznowacenie okolicy odbytu prowadzące do jego zwężenia
- uszkodzenia gałązek nerwów skórnych, powodujące czasowe lub stałe zaburzenia czucia okolicy blizny pooperacyjnej;
- Obrzęk i zaczerwienie okolicy odbytu, w krótkim okresie po operacji.

## **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. Decyzja o rozpoczęciu

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

żywienia doustnego jest podejmowana przez lekarza prowadzącego. Zwykle już od pierwszego dnia po operacji będzie można spożywać pokarmy i płyny. Po kontroli gojenia się rany około 1-2 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.**

**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 utrzymaniem silnych dolegliwości bólowych, znacząco obniżających jakość Pani/Pana życia. Czas trwania dolegliwości może wynosić nawet do 2 tygodni. Istnieje także ryzyko martwicy błony śluzowej odbytnicy i tym samym znacznego przedłużenia czasu leczenia. Postępowanie zachowawcze jest mniej skuteczne w przypadku Pani/Pana choroby w porównaniu z zabiegiem operacyjnym i tylko u niewielkiej grupy pacjentów może znacząco zmniejszyć objawy powstałe w wyniku zakrzepu guzka krwawniczego.

#### **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

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

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**

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)

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