

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

LECZENIE OPERACYJNE Z POWODU POWIKŁAŃ CHOROBY UCHYŁKOWEJ JELITA GRUBEGO ZE WSKAZAŃ PLANOWYCH LUB PILNYCH

Laparotomia lub laparoscopia zwiadowcza. Laparoskopowe albo klasyczne (na otwarty) wycięcie fragmentu jelita grubego. Zespolenie pomiędzy odcinkami jelita grubego lub pomiędzy jelitem cienkim a jelitem grubym wykonane techniką staplerową (szew mechaniczny) lub ręcznie. Wyłonienie jelita cienkiego lub grubego na powłoki w postaci stomii (ileostomia - wyłonione jelito cienkie, kolostomia - wyłonione jelito grube, tzw. „sztuczny odbyt”). Założenie drenów do jamy brzusznej.

Uwaga: o zakresie operacji, min. o długości wycinanego fragmentu jelita, o sposobie zakończenia operacji tzn. o wyłonieniu stomii lub odtworzeniu ciągłości przewodu pokarmowego, o definitywnym zaszcyciu jamy brzusznej decyduje operujący chirurg na podstawie miejscowego zaawansowania choroby w jamie brzusznej, stanu ogólnego pacjenta oraz obecności chorób towarzyszących.

III Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Choroba uchyłkowa jest to zespół objawów chorobowych związanych z obecnością uchyłków w jelicie grubym, obejmujący zarówno nieznacznej stopnia dolegliwości bólowe na ogół w lewej, dolnej części brzucha oraz powikłania związane z obecnością uchyłków. Występowanie uchyłków w jelicie grubym, bez towarzyszących objawów, określa się mianem uchyłkowatości.

Zapalenie uchyłków jelita oznacza obecność uchyłków w stanie zapalnym wraz z towarzyszącym zakażeniem w obrębie jamy brzusznej. O powikłanym przebiegu ostrego zapalenia uchyłków mówimy w przypadku wystąpienia takich stanów jak: ograniczone lub

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

rozlane zapalenie otrzewnej związane z przedziurawieniem przewodu pokarmowego, przetoki, ropnie wewnątrztrzewnowe, niedrożność przewodu pokarmowego. W większości przypadków choroba uchyłkowa ma przebieg bezobjawowy, u części pacjentów dochodzi do rozwoju ostrego zapalenia uchyłków a u 15-25% chorych z tej grupy wystąpią powikłania. Objawy zależą od rodzaju powikłania, które wystąpiło w przebiegu choroby uchyłkowej. W przypadku zapalenia uchyłków występuje ból w dolnej lewej części brzucha z towarzyszącym podwyższeniem temperatury ciała oraz leukocytozą (podwyższona liczba białych ciałek krwi). Jeżeli dojdzie do przedziurawienia jelita grubego ból może być bardzo silny i dotyczyć całego brzucha. Do leczenia chirurgicznego kwalifikuje się pacjentów z powikłaniami ostrego zapalenia uchyłków takimi jak ograniczone lub rozlane zapalenie otrzewnej w przebiegu przedziurawienia przewodu pokarmowego, ropnie wewnątrztrzewnowe, przetoki, niedrożność przewodu pokarmowego. Leczenia operacyjnego na ogół wymagają również pacjenci, u których nie dochodzi do poprawy pomimo prawidłowo prowadzonego leczenia zachowawczego. Kolejnym wskazaniem do interwencji chirurgicznej jest masywny krwotok z uchyłków. Wskazaniem do operacji planowych mogą być liczne nawroty ostrego zapalenia uchyłków, objawowa postać choroby uchyłkowej, przetoki pomiędzy jelitem grubym a innymi narządami lub skórą. Zaawansowany wiek, obecność chorób współistniejących, zabieg ze wskazań pilnych oraz przedziurawienie jelita grubego to czynniki zwiększające w sposób istotny śmiertelność i ilość powikłań po chirurgicznym leczeniu powikłań choroby uchyłkowej.

IV Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Operacja może być przeprowadzona klasycznie – „na otwarty”, lub laparoskopowo. W każdym przypadku rozpoczęcia operacji metodą laparoskopową istnieje możliwość zamiany tej metody na operację otwartą. Niezależnie od metody operacja odbywa się w znieczuleniu ogólnym. W przypadku operacji otwartej konieczne jest wykonanie cięcia na brzuchu, najczęściej w linii pośrodkowej ciała. W przypadku operacji laparoskopowej wprowadza się narzędzia przez kilka niewielkich otworów w ścianie brzucha po wypełnieniu go gazem - dwutlenkiem węgla. Operację rozpoczyna się od dokładnej kontroli narządów jamy brzusznej a następnie lekarz operujący dokonuje wyboru dalszego sposobu postępowania (większość możliwych procedur wymieniona została powyżej) w zależności od zmian stwierdzonych w jamie brzusznej, stopnia skażenia jamy otrzewnowej, stanu ogólnego pacjenta i chorób towarzyszących a także lokalizacji zmian w obrębie jelita i rodzaju zapalenia otrzewnej

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

(ograniczone – rozlane, ropne – kałowe). Operacja polega na odcinkowym wycięciu zmienionego jelita wraz z sąsiadującymi, zmienionymi zapalnie tkankami. Najczęściej jest to esica. Konieczne może być wycięcie innych fragmentów jelita grubego. W szczególnych przypadkach może być konieczne wycięcie fragmentów przyległych narządów (np. pętli jelita cienkiego lub pęcherza moczowego lub innych). W sprzyjających warunkach dąży się do odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego poprzez wykonanie zespolenia pomiędzy przeciętymi odcinkami jelita grubego (lub w niektórych przypadkach pomiędzy jelitem cienkim a jelitem grubym). Jednak w niektórych sytuacjach przywrócenie ciągłości przewodu pokarmowego jest niemożliwe lub stanowi zagrożenie dla prawidłowego przebiegu pooperacyjnego. W takim przypadku koniec jelita zostaje wyłoniony na powłoki brzuszne w postaci ileostomii (jelito cienkie) lub kolostomii (jelito grube) – „sztuczny odbył”. Czynniki uniemożliwiające wykonanie zespolenia pierwotnego to zły stan ogólny z towarzyszącą niewydolnością krążeniową lub oddechową, zaburzenia odporności, liczne choroby współistniejące, znaczny obrzęk ściany jelita, rozległa ropowica tkanek niemożliwa do chirurgicznego usunięcia, przepelnienie jelita treścią kałową, oraz w większości przypadków, kałowe zapalenie otrzewnej. Decyzję o możliwości przywrócenia ciągłości przewodu pokarmowego podejmuje operujący chirurg w trakcie operacji. Jama otrzewnowa jest dokładnie płukana. W zależności od stopnia i rozległości skażenia a także rodzaju oraz sposobu wykonania procedury pozostawia się dren / dreny w jamie otrzewnowej, które wyprowadza się przez osobne cięcia na skórze. Powłoki brzuszne zostają zamknięte szwami, skórę zeszywa się lub zakłada metalowe klamerki. W szczególnych przypadkach nie zamyka się jamy brzusznej w celu wykonania kolejnych operacji.

V Opis innych dostępnych metod leczenia

W większości przypadków ostrego zapalenia uchyłków możliwe jest leczenie zachowawcze, które polega na stosowaniu diety ścisłej, płynów dożylnych i antybiotyków o szerokim spektrum działania. Jednak w przypadku braku skuteczności leczenia zachowawczego (brak poprawy stanu miejscowego i ogólnego pacjenta) przez 48-72 godziny, wskazane jest leczenie operacyjne. Leczenie operacyjne jest również konieczne w przypadku takich powikłań jak przedziurawienie jelita do wolnej jamy otrzewnej, krwawienie, niedrożność jelita, rozlane zapalenie otrzewnej. W przypadku obecności ropnia o niewielkich wymiarach, bez objawów zapalenia otrzewnej na ogół skuteczne jest leczenie zachowawcze. W przypadku ropni z towarzyszącymi objawami ogólnymi lub ropni o większych rozmiarach

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

można rozważyć przezskórne nakłucie ropnia pod kontrolą CT lub usg. Tego typu postępowanie wraz z podaniem antybiotyku o szerokim spektrum działania poleca się w przypadku ropnia o średnicy powyżej 5 cm. Prawidłowo przeprowadzony drenaż zazwyczaj powoduje wchłonięcie się ropnia, ustąpienie dolegliwości i spadek leukocytozy. Pozwala to na kontrolę zakażenia i poprawę stanu ogólnego chorego bez konieczności znieczulenia ogólnego a w niektórych sytuacjach na uniknięcie kilkuetapowego leczenia chirurgicznego. Jeżeli nie ma możliwości przezskórnego drenażu ropnia pod kontrolą CT/usg (liczba ośrodków dysponujących taką możliwością jest niewielka) lub w sytuacji, kiedy po drenażu i adekwatnej antybiotykoterapii utrzymują się objawy zapalenia otrzewnej a stan pacjenta się nie poprawia należy wdrożyć leczenie chirurgiczne. W przypadku operacji w trybie planowym kwalifikacja do leczenia operacyjnego świadczy o wyczerpaniu możliwości leczenia zachowawczego.

VI Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

Do najczęstszych powikłań, które mogą wystąpić w trakcie operacji lub w pierwszych dniach po zabiegu operacyjnym należą:

- Krwawienie, które może wymagać przetoczenia krwi lub reoperacji;
- Uszkodzenie sąsiednich narządów (np. śledziony, wątroby, nerwów, naczyń krwionośnych, moczowodu, pęcherza moczowego i innych). Ryzyko wzrasta przy większym zaawansowaniu zmian zapalnych, zmienionych w wyniku procesu zapalnego stosunkach anatomicznych, znacznej otyłości, u chorych po przebytych w przeszłości rozległych zabiegach operacyjnych. W trakcie laparoskopii konieczne jest zazwyczaj w takim przypadku otwarcie jamy brzusznej;
- Zakażenie wirusem zapalenia wątroby (tzw. żółtaczki zakaźnej) lub HIV;
- Uszkodzenia skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny (w trakcie operacji używane są urządzenia do elektrokoagulacji);
- Powikłania zakrzepowo-zatorowe związane z tworzeniem się skrzeplin w naczyniach żylnych lub w innych częściach układu sercowo-naczyniowego a w konsekwencji zatory naczyń płucnych stanowiące bezpośrednie zagrożenie życia;
- Krwawe wybroczyny w tkance podskórnej, które najczęściej nie wymagają leczenia;
- Zakażenie rany pooperacyjnej prowadzące do przedłużonego gojenia

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

- Rozejście się rany brzusznej (ewentracja) na skutek powikłań gojenia się, zaburzeń ukrwienia lub obciążeń mechanicznych;
- Nieszczelność zespolenia jelitowego prowadząca do zapalenia otrzewnej, konieczności reoperacji z możliwością wyłonienia stomii, długotrwałego leczenia a w skrajnych przypadkach do śmierci;
- Zaburzenia ukrwienia na skutek zamknięcia lub uszkodzenia naczynia krwionośnego, które może wywołać martwicę fragmentu jelita;
- Ropnie wewnątrz jamy brzusznej mogące stanowić wskazanie do wykonania kolejnej operacji lub drenażu innymi metodami
- Niewielkie obrzęki powłok, bóle, „trzeszczenie” w tkance podskórnej w obrębie barku, brzucha i szyi, związane są z wprowadzaniem do jamy brzusznej dwutlenku węgla w trakcie operacji laparoskopowych i ustępują samoistnie po kilku dniach
- Przedłużająca się niedrożność pooperacyjna związana z koniecznością założenia sondy nosowo-żołądkowej, długotrwałego podawania płynów dożylnie lub żywienia pozajelitowego;
- Zakażenia układu moczowego lub oddechowego (np. zapalenie płuc);
Powikłania odległe
- Zwężenie zespolenia jelitowego powodujące niedrożność i wymagające reoperacji
- Nieestetyczne blizny, związane z osobniczymi predyspozycjami lub komplikacjami w procesie gojenia;
- Przepukliny pooperacyjne. Na ogół wystąpienie przepukliny pooperacyjnej wymaga leczenia operacyjnego. Ryzyko powstania przepukliny pooperacyjnej jest znacznie mniejsze po operacji laparoskopowej, ale nie jest całkowicie wyeliminowane przy zastosowaniu tej metody;
- Przepuklina okołostomijna oraz inne powikłania związane z wyłonieniem stomii
- Zrosty wewnątrz jamy brzusznej. Zrosty wewnątrzotrzewnowe mogą być przyczyną niedrożności przewodu pokarmowego wymagającej leczenia operacyjnego nawet wiele lat po pierwszej operacji

Większość wymienionych powikłań może wymagać dalszych operacji lub leczenia, może być także przyczyną śmierci.

W znacznej części przypadków może nie dojść do odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego po wyłonieniu stomii. Dotyczy to zwłaszcza osób w podeszłym wieku, z licznymi chorobami towarzyszącymi. W sprzyjających warunkach próbę odtworzenia

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

ciągłości przewodu pokarmowego podejmuje się najwcześniej po kilku miesiącach. Jak każdy zabieg operacyjny jest to związane z ryzykiem powikłań i ryzykiem niepowodzenia.

Leczenie operacyjne objawowej choroby uchyłkowej lub jej powikłań związane jest z możliwością śmierci.

O rodzaju znieczulenia, jego przebiegu i możliwych zagrożeniach z nim związanych poinformuje Panią/Pana lekarz anestezjolog.

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

Śmiertelność po operacjach z powodu powikłań choroby uchyłkowej jelita grubego sięga od kilku do kilkunastu procent. Jest niższa w przypadku operacji ze wskazań planowych i u osób młodszych, bez chorób towarzyszących. Rośnie wraz z wiekiem, jest większa u osób operowanych ze wskazań pilnych. Istotnym czynnikiem zwiększającym śmiertelność jest przedziurawienie jelita do jamy brzusznej. Podobne zależności występują w przypadku powikłań pooperacyjnych. W dużej części przypadków nie dochodzi do odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego po wyłonieniu stomii, a próba odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego jest związana z dużym odsetkiem powikłań.

IX Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

W przypadku zabiegów planowych odstępnie od leczenia operacyjnego wiąże się z utrzymywaniem dolegliwości i stanów stanowiących podstawę do kwalifikacji do operacji wraz ze wszystkimi możliwymi konsekwencjami zdrowotnymi z tego wynikającymi. W przypadku operacji ze wskazań pilnych odstępnie od leczenia stanowi bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia a w większości przypadków dla życia. Dotyczy to zwłaszcza przypadków rozlanego zapalenia otrzewnej, przedziurawienia przewodu pokarmowego lub

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

krwawienia z przewodu pokarmowego w przebiegu powikłanej choroby uchyłkowej jelita grubego.

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

Data i podpis przedstawiciela ustawowego

Data i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia

.....

* niepotrzebne skreślić