



## FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA ZABIEG

Imię i nazwisko .....

PESEL\*                       Data ur.   /   /     Płeć  M  K

Nr Księgi Głównej / Nr Księgi Oddziałowej: .....

Lekarz prowadzący: .....

Rozpoznanie: .....

### I. Nazwa procedury medycznej lub zabiegu

## BOCZNE PRZECIĘCIE ZWIERACZA WEWNĘTRZNEGO ODBYTU (SFINKTEROTOMIA BOCZNA)

### II. 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 szczelinę odbytu czyli przewlekłe owrzodzenie końcowego odcinka kanału odbytu powstałe w wyniku podłużnego pęknięcia błony śluzowej tej okolicy spowodowanego prawdopodobnie jej niedokrwieniem. Do jej najczęstszych objawów należy ostry, piekący ból odbytu szczególnie nasilający się w trakcie i po wypróżnianiu, uczucie dyskomfortu tej okolicy oraz krwawienie w postaci świeżej, jasnoczerwonej krwi na stolcu lub na papierze toaletowym.

### III. Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Sfinkterotomia boczna jest zabiegiem przeprowadzanym w znieczuleniu krótkotrwałym dożylnym lub przewodowym (informacji na temat znieczulenia i możliwych jego powikłaniach udzieli Pani/Panu konsultujący anestezjolog). Polega on na nacięciu skóry na granicy z błoną śluzową kanału odbytu i oddzieleniu się „na tępo” zwieracza wewnętrznego odbytu od błony śluzowej i od zwieracza zewnętrznego. Następnie przecina się nożyczkami lub elektrokoagulacją włókna zwieracza wewnętrznego. Rany po zabiegu nie zeszywa się szczelnie, a jedynie zbliża jej brzegi.

#### **IV. Opis innych dostępnych metod leczenia**

Zachowawcze: miejscowe stosowanie maści nitroglicerynowej, stosowanie miejscowo lub doustnie blokerów kanału wapniowego, miejscowe wstrzyknięcie toksyny botulinowej.

Rozszerzanie (diwulsja) zwieraczy odbytu - zabiegi wykonywany w znieczuleniu ogólnym, polegający na ręcznym poszerzaniu kanału odbytu poprzez rozciąganie i rozmasowywanie palcami mięśni zwieraczy odbytu. Celem zabiegu jest czasowe rozluźnienie tych mięśni, co stwarza korzystne warunki do gojenia się szczeliny przy zastosowaniu dalszego leczenia zachowawczego (nasiadówki ze środków odkażających).

#### **V. 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, 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:**

- niezagojenie się lub nawrót szczeliny i związanych z nią dolegliwości,
- przejściowe lub trwałe nietrzymanie gazów lub/i stolca o różnym nasileniu
- krwawienia śródoperacyjne i pooperacyjne, niekiedy wymagające przetoczenia krwi lub ponownej operacji;
- zakażenia rany pooperacyjnej na skutek infekcji, co prowadzi do przedłużonego gojenia rany, wydłużenia czasu hospitalizacji, gorszego efektu kosmetycznego i osłabienia blizny.
- powikłania związane z zakładaniem i obecnością wkłuc dożylnych (miejscowa infekcja, krwiak, 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;
- alergie na leki stosowane w okresie okołoperacyjnym – szczególnie leki stosowane podczas znieczulenia, antybiotyki oraz środki przeciwbólowe;
- zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B i C (tzw. żółtaczką zakaźną) lub HIV;

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

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

.....

.....

.....

#### **VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych**

Po zabiegu pozostaje Pani/Pan zazwyczaj w sali pooperacyjnej (zazwyczaj do kilku 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. Po operacji może Pani/Pan odczuwać dolegliwości bólowe związane z wykonaną procedurą chirurgiczną.

Termin wypisu do domu ustala lekarz (najczęściej kilka godzin po operacji). 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.**

#### **VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia**

Rezygnacja z proponowanego leczenia wiąże się z brakiem możliwości poprawy Pana/Pani stanu zdrowia. Ponadto postęp choroby będzie wymagał podjęcia w późniejszym okresie czasu bardziej radykalnych metod leczenia.

#### **IX. 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 macie Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia prosimy o ich wpisanie poniżej:**

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

Data i czytelny podpis pacjenta .....

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego.....

#### **Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji**

Data i czytelny podpis pacjenta.....

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego.....

#### **Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji**

Data i czytelny podpis pacjenta .....

Data i czytelny 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 czytelny podpis pacjenta .....

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego.....

Data, pieczętka i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia

.....

*\* W przypadku braku numeru PESEL wpisać rodzaj i numer dokumentu tożsamości*

*\*\* niepotrzebne skreślić*