



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 (właściwe zaznaczyć)

LECZENIE OPERACYJNE NIEDROŻNOŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO NA POZIOMIE JELITA GRUBEGO

Otworzenie jamy brzusznej. W zależności od stwierdzonych zmian w jamie brzusznej:

- Wycięcie chorego odcinka jelita grubego. Zespolecie jelita cienkiego z jelitem grubym lub zespolecie okrężniczo-okrężnicze albo okrężniczo-odbytnicze oraz płukanie i sączkowanie jamy brzusznej, albo;
- Wycięcie zajętego chorobą odcinka jelita grubego bez wykonania zespolenia, zamknięcie obwodowego kikuta jelita grubego i przetoka końcowa na proksymalnym kikucie jelita oraz płukanie i sączkowanie jamy brzusznej, albo;
- Odbarczająca przetoka boczna okrężnicy usytuowana proksymalnie od zmiany chorobowej powodującej niedrożność oraz płukanie i sączkowanie jamy brzusznej.

II. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Niedrożność jelita grubego, czyli brak możliwości odchodzenia gazów i oddawania stolca najczęściej spowodowana jest guzem nowotworowym (85% chorych). Rzadziej przyczyną jest guz zapalny jelita grubego w przebiegu choroby uchyłkowej lub nieswoistego zapalenia jelita - około 5% chorych oraz skręt ruchomego odcinka okrężnicy - około 5,5% chorych.

Występują napadowe bóle brzucha, narastają trudności w oddawaniu gazów i stolca.

Pojawia się wzdęcie brzucha, które w czasie kilku dni nasila się w miarę stopniowego narastania trudności w defekacji aż do całkowitego zatrzymania gazów i stolca. Wymioty mogą pojawić się w późnym okresie choroby. Wokoło 12% przypadków dochodzi do przedziurawienia jelita. Proksymalne przedziurawienie obciążone jest wysoką śmiertelnością dochodzącą do 75% chorych.

III. Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Leczeniem z wyboru niedrożności jelita grubego jest operacja w znieczuleniu ogólnym. Konieczność wykonania operacji jest stosunkowo pilna. Brzuch jest otwierany cięciem w linii środkowej. Dalsze postępowanie zależy od rodzaju i umiejscowienia przeszkody powodującej niedrożność oraz od stopnia rozdęcia jelita przed przeszkodą powodującego upośledzenie ukrwienia ściany. Celem operacji jest uwolnienie niedrożności i wyleczenie choroby zasadniczej jeśli jest to możliwe. Dążymy do wycięcia fragmentu jelita z guzem powodującym niedrożność. W przypadku guza w prawej połowie jelita grubego usuwamy prawą połowę i ok. 10 cm jelita obwodowo od guza. Wykonuje się zespolenie jelita cienkiego z grubym. Jeżeli stan ogólny chorego (spadek ciśnienia tętniczego, wyniszczenie, hypoproteinemia) na to nie pozwala wtedy zamyka się kikut jelita grubego i zakłada przetokę końcową jelita cienkiego. W przypadku guza lewej połowy jelita można u chorego w dobrym stanie ogólnym wykonać rozszerzone wycięcie okrężnicy i zespolenie jelita cienkiego z grubym albo wykonać resekcję odcinka jelita wraz z guzem. Bardzo rzadko stan ukrwienia proksymalnej części jelita jest na tyle dobry, że można wykonać zespolenie bez dodatkowych zabiegów. Przed wykonaniem zespolenia bliższa część jelita musi być opróżniona z gazów i kału co sprzyja poprawie stanu ukrwienia ściany jelita. Można to uzyskać płuczając jelito 4 - 6 litrami soli fizjologicznej przez ileotomię. Jeśli stan ukrwienia poprawi się można wykonać zespolenie. W przypadku skrętu ruchomej części okrężnicy można ograniczyć operację do odkręcenia jelita. Jeżeli jednak doszło do martwicy ściany skręconego jelita musi być ono wycięte. Zależnie od stanu skażenia otrzewnej chirurg wykona zespolenie lub przetokę jelitową.

W przypadku niedrożności lewostronnej u chorego w złym stanie ogólnym można ograniczyć operację tylko do uwolnienia niedrożności zakładając boczną przetokę na poprzecznicy lub esicy a leczenie choroby zasadniczej odłożyć na dalsze etapy operacyjne po poprawie stanu chorego. Operację kończy płukanie jamy brzusznej i założenie sączków. Niedrożność porażenną, zespół Ogilvie, leczy się zachowawczo a jeśli jest ono nie skuteczne operację ogranicza się do założenia przetoki bocznej na kątnicy.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

W oddziale wyposażonym w odpowiedni sprzęt w przypadkach guzów lewej połowy jelita 2 można zmniejszyć objawy niedrożności wprowadzając kolonoskopem samorozprężające się tent z do jelita w miejscu zwężenia. Pozwala to uzyskać czas na przygotowanie do operacji; odprowadzenie gazów zwiększa możliwość wykonania zespolenia w czasie operacji odłożonej na kilka dni. W przypadku bardzo zaawansowanej choroby może to być definitywny sposób leczenia. Innym sposobem zmniejszenia objawów niedrożności jest poszerzenie światła jelita przez częściowe zniszczenie tkanek guza przy pomocy koagulacji drogą kolonoskopii (również w szpitalu posiadającym odpowiedni sprzęt).

V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

W okresie pooperacyjnym u około 40% chorych występują powikłania: układowe, które mogą wystąpić po każdej operacji oraz powikłania brzuszne, które często wymagają leczenia operacyjnego. Powikłania ze strony układu sercowo-naczyniowego (zaburzenia rytmu, zawał mięśnia sercowego, zakrzepica żył i inne) występują u około 12% operowanych w trybie pilnym.

Powikłania ze strony układu oddechowego (zakażenie dróg oddechowych, niedodma, odma) występują u około 20% a powikłania układu moczowego (zakażenie, zaburzenia oddawania moczu, niewydolność nerek) występują u około 10% chorych operowanych w trybie pilnym.

Powikłania brzuszne, chirurgiczne:

- zaburzenia drożności przewodu pokarmowego występują u około 6% chorych, co piąty z nich wymaga leczenia operacyjnego; krwotok śródbrzusny - około 1 % chorych; wymaga leczenia operacyjnego;
- krwotok z wrzodu trawiennego lub przedziurawienie występują wokoło 0,5% chorych - przedziurawienie wymaga leczenia operacyjnego;
- zakażenie rany (około 20% chorych) może doprowadzić do wytrzewienia, które wymaga leczenia operacyjnego;
- nieszczelność zespolenia po operacji niedrożności występuje u około 4% chorych;
- może spowodować 1) przetokę kałową, którą można leczyć zachowawczo, 2) ograniczone zapalenie otrzewnej (ropień) wymagające opróżnienia i sączkowania oraz 3) rozlane zapalenie otrzewnej - musi być leczone operacyjnie.

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

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.

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

Rokowanie w większości przypadków jest dobre. W zależności od obecności czynników ryzyka jak zaawansowany wiek chorego, choroby towarzyszące, stan zaawansowania choroby zasadniczej będącej przyczyną niedrożności, stan odżywienia (otyłość jest równie ryzykowna jak niedożywienie) przebieg pooperacyjny może być powikłany. Powikłania mogą doprowadzić do zgonu pacjenta.

Ryzyko zgonu jest mniejsze w przypadkach niedrożności prawostronnej - około 2,5%; w przypadku niedrożności lewostronnej ryzyko zgonu wynosi około 20% (około 18% w chorobie nowotworowej i około 23% w chorobach nienowotworowych).

Okołooperyacyjne ryzyko zgonu z powodu niedrożności jelita grubego wynosi około 14% i jest nieco mniejsze w chorobie nowotworowej - 13% niż w chorobach nienowotworowych będących przyczyną niedrożności - około 15%.

Chory, który ma założoną przetokę końcową lub boczną przetokę jelitową może mieć po upływie około 3 - 6 miesięcy wykonaną operację odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego. Częściej takiej operacji poddają się chorzy operowani z powodu niedrożności nienowotworowej - około 80% niż pacjenci, u których nowotwór był przyczyną niedrożności - około 30%.

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Brak zgody na proponowane leczenie operacyjne przyczyni się do dalszego narastania objawów niedrożności. Nasilające się rozdęcie jelita grubego powoduje rozciągnięcie ściany jelita, ucisk na naczynia krwionośne i niedokrwienie co doprowadzi do martwicy ściany i jej przedziurawienia. Przez powstały otwór w ścianie wyleje się do jamy brzusznej treść kałowa powodując zapalenie otrzewnej o piorunującym, najczęściej śmiertelnym przebiegu.

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