



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

OPERACJA CAŁKOWITEGO WYCIĘCIA JELITA GRUBEGO Z WYTWORZENIEM ZBIORNIKA JELITOWEGO (PROKTOKOLEKTOMIA ODTWÓRCZA)

II. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Przyczyną kwalifikacji do operacji, którą proponujemy Pani/Panu jest:

.....
(wpisać rodzaj choroby i lokalizację zmiany)

.....
Wycięcie całego jelita grubego z wytworzeniem zbiornika jelitowego (proktokolektomia odtwórcza) jest zabiegiem wykonywanym w przypadku wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, w niektórych przypadkach polipowatości rodzinnej, a także w bezwładzie okrężnicy (colonic inertia). Większość pacjentów operowana jest z powodu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, które jest oporne na leczenie zachowawcze. Proktokolektomię odtwórczą wykonuje się jedynie w trybie planowym u pacjentów odpowiednio wcześniej przygotowanych do tego zabiegu operacyjnego.

Celem leczenia WZJG jest opanowanie stanu zapalnego, uzupełnienie niedoborów pokarmowych, złagodzenie objawów (ból brzucha czy biegunki) oraz zapobieganie nawrotom choroby. Można stosować w tym celu leczenie zachowawcze, pod postacią przyjmowania leków oraz stosowania odpowiedniej diety. Podczas leczenia chirurgicznego usuwa się całe jelito grube, gdyż pozostawienie pozornie zdrowego odcinka grozi nawrotem choroby. W wyniku leczenia operacyjnego ustępują nie tylko objawy zapalenia jelita grubego, ale także objawy pozajelitowe choroby.

III. Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Operacja przeprowadzana jest w znieczuleniu ogólnym (dokładnych informacji na temat znieczulenia i możliwych jego powikłań udzieli lekarz anestezjolog podczas badania). Po znieczuleniu zakładamy cewnik do pęcherza moczowego. Zabieg polega na wypreparowaniu wszystkich części jelita grubego wraz z końcowym (około 10 cm) odcinkiem jelita cienkiego, a następnie usunięciu tak wypreparowanego jelita. Po wypreparowaniu całej okrężnicy i podwiązaniu odpowiednich naczyń następuje etap miedniczny operacji podczas którego wycina się odbytnicę. Różna może być wysokość odcięcia odbytnicy. Im niżej odcina się odbytnicę tym trudniejszy jest zabieg i większe ryzyko wystąpienia powikłań. W kolejnym etapie operacji z końcowego odcinka jelita cienkiego wytwarza się zbiornik jelitowy, który będzie stanowić odpowiednik bańki odbytnicy. Zbiornik ten wykonuje się zszywając ramiona pętli jelita cienkiego ze sobą, a następnie wykonuje się połączenie tak wykonanego zbiornika z pozostawionym krótkim odcinkiem odbytnicy. Ze względu na rozległość szcicia jelita oraz z tego powodu, że zespolenie z odbytem znajduje się w niewielkiej odległości od zwieraczy z zasady wykonuje się przetokę na jelicie cienkim (ileostomię pętlową, boczną, odbarczającą) na okres kilku miesięcy, aby zapewnić jak najlepsze warunki gojenia się wykonanych wcześniej zespołów jelitowych. Zamknięcie ileostomii pętlowej wykonuje się po kilku (3 -6) miesiącach. Po operacji w jamie brzusznej pozostawione będą dreny. Ten rodzaj operacji wykonywany jest najczęściej w przypadku takiej choroby jaka występuje u Pani/Pana.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Należy podkreślić, że choć leczenie zachowawcze jest obecnie podstawową formą terapii WZIG, zwłaszcza w obliczu wprowadzenia nowych metod leczenia biologicznego, to większość pacjentów w długoletnim przebiegu choroby wymaga leczenia chirurgicznego. Poddanie się zabiegowi w warunkach planowych jest w porównaniu z zabiegiem w trybie pilnym obarczone mniejszym ryzykiem powikłań oraz lepszymi wynikami leczenia, jak też szybszym powrotem do zdrowia.

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, 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. 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 wewnątrzotrzewnowe, 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)
- tworzenie się zakrzepów z zamknięciem naczyń krwionośnych co może grozić np. zakrzepicą naczyń w jamie brzusznej;
- powstawanie zatorów tętnic, które mogą spowodować zawał serca, udar mózgu, zator tętnicy płucnej lub niedokrwienie kończyn;
- 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;
- 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. żółtaczkę zakaźną) lub HIV;
- zrosty w jamie brzusznej, które nawet po latach mogą doprowadzić do niedrożności jelit;

- zwężenie zbiornika jelitowego zaburzające pasaż treści jelitowej, w przypadku proktokolektomii odtwórczej;
- 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;
- krwawienie z linii szycia jelita cienkiego, nieszczelność zespolenia, ropień w miednicy mniejszej
- zaburzenia moczowo-płciowe
- zapalenie zbiornika jelitowego.

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 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 9-10 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.

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z proponowanego leczenia wiąże się z brakiem możliwości skutecznego leczenia Pani/Pana choroby, co może prowadzić do znacznego pogorszenia się stanu zdrowia i wystąpienia groźnych dla życia komplikacji pod postacią krwotoku, przedziurawienia jelita, toksycznego rozdęcia jelita lub zapalenia otrzewnej. Trzeba także zaznaczyć, że ryzyko powikłań w przypadku operacji wykonywanych w trybie nagłym, jest kilkakrotnie wyższe niż w przypadku operacji planowych.

Przebieg choroby jest także trudniejszy w kontrolowaniu, istotnie obniżając komfort życia oraz prowadząc w dłuższej perspektywie do wyniszczenia organizmu wskutek niedożywienia, zmian zapalnych oraz powikłań miejscowych.

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*