



.....
(Pieczętka oddziału)

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 NAPRAWCZA ZWIERACZY - PLASTYKA ZWIERACZY

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 uszkodzenie zwieraczy odbytu, czego następstwem jest nietrzymanie stolca. Do najczęstszych objawów tej choroby należą trudności z prawidłową kontrolą oddawania stolca, od brudzenia bielizny, poprzez nietrzymanie gazów, aż do całkowitego bezwiednego oddawania gazów i stolca. Choroba ta nie zagraża zdrowiu i życiu, jednakże w znacznym stopniu upośledza jakość i komfort życia wpływając niekorzystnie na funkcjonowanie społeczne i zawodowe chorego.

III. Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Operacja przeprowadzana jest najczęściej w znieczuleniu przewodowym, w przypadku przeciwwskazań do tego typu znieczulenia może być przeprowadzona w znieczuleniu ogólnym (dokładnych informacji na temat znieczulenia i jego możliwych powikłań udzieli lekarz anestezjolog podczas badania).

Pierwszym elementem operacji jest przecięcie skóry w okolicy odbytu. Następnie zostanie wypreparowana część mięśnia zwieracza zewnętrznego – uszkodzony fragment wraz z niezmiennym chorobowo mięśniem po obu stronach uszkodzenia. Rutynowo wykonanie plastyki ogranicza się do mięśnia zwieracza zewnętrznego, ponieważ zwieracz wewnętrzny ma mniejsze znaczenie dla kontroli oddawania gazów i stolca.

Zakres preparowania mięśnia jest zależny od rozległości uszkodzenia. W miejscu uszkodzenia / blizny mięsień zostanie przecięty. Kolejnym etapem operacji jest zeszywanie wypreparowanych części mięśnia na tzw. „zakładkę” w celu wzmocnienia miejsca zespolenia końców przeciętej blizny i po to aby zmniejszyć obwód rekonstruowanego mięśnia zwieracza. Dodatkowo bardzo często w czasie tej operacji wykonuje się plastykę mięśni dźwigaczy odbytu.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Należy podkreślić, że leczenie chirurgiczne – operacja naprawcza zwieraczy w przypadku ich wcześniejszego uszkodzenia w takim stopniu w jakim stwierdzono to u Pani/Pana jest jedyną formą terapii umożliwiającą wyleczenie chorego. Opisana metoda jest obecnie najczęściej stosowana z uwagi na potwierdzoną skuteczność. Nie istnieją metody farmakologiczne, które wykazują skuteczność w leczeniu tej choroby. Ćwiczenia rehabilitacyjne uszkodzonych mięśni zwieraczy mogą jedynie zmniejszyć ich dysfunkcję, ale nie spowodują całkowitego wyleczenia tej przypadłości.

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 ponownej operacji;
- całkowite lub częściowe rozejście się rany na skutek powikłań jej gojenia lub zaburzeń ukrwienia, mogące wymagać 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 jelita grubego i w okolicy odbytu wiążą się z podwyższonym ryzykiem zakażenia rany pooperacyjnej przez bakterie znajdujące się w przewodzie pokarmowym;
- rozejście się zespolonych końców mięśnia i ponowna niewydolność aparatu zwieraczowego, mogąca z czasem doprowadzić nawet do nasilenia dolegliwości, które mogą być większe niż przed operacją
- infekcje innych układów, w szczególności układu moczowego oraz oddechowego;
- powikłania związane z zakładaniem i obecnością wkłuc dożylnych (miejscowa infekcja, krwaki, obrzęk, zakażenie wkłucia)
- tworzenie się zakrzepów z zamknięciem naczyń krwionośnych co może grozić np. zakrzepicą naczyń w jamie brzusznej;
- 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;
- zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B i C (tzw. żółtaczkę zakaźną) lub HIV; zwężenie odbytu
- uszkodzenia gałązek nerwów skórnych, powodujące czasowe lub stałe zaburzenia czucia okolicy blizny pooperacyjnej;

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 przez kilka godzin w sali pooperacyjnej, 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 i ustalany jest przez lekarza prowadzącego. 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 związane ze znieczuleniem. Należy się także spodziewać większej częstości wypróżnień, jak również luźniejszych (w porównaniu z okresem przed zabiegiem) stolców. Około 6-7 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.

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z proponowanego leczenia wiąże się z brakiem możliwości poprawy funkcji zwieraczy, utrzymywaniem się dotychczasowych objawów, a nawet ich nasileniem wraz z upływem czasu.

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*