

Niekiedy konieczne jest założenie cewnika do pęcherza moczowego. Zabieg jest głównie wykonywany przez odbytnicę, choć może być także przeprowadzony od strony pochwy. Planowany u Pani zabieg polega na wycięciu otworu przetoki odbytniczopochwowej i pokryciu istniejącego ubytku odpowiednio wypreparowanym, przesuniętym i przszytym płatem błony śluzowej odbytnicy.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Leczenie operacyjne jest metodą z wyboru leczenia przetok odbytniczopochwowych, bowiem szansa na samoistne zagojenie się przetok jest znikoma.

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

Zabieg operacyjny nie przebiega identycznie u każdej pacjentki. Zależy to od jej budowy anatomicznej, stanu odżywienia, stopnia zaawansowania choroby podstawowej (wielkości oraz położenia przetoki odbytniczopochwowej) i chorób współistniejących oraz od jej 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 z miejsc, w których preparowano i zeszywano tkanki, niekiedy wymagające ponownej operacji;
- martwica wytworzonego płata śluzówkowego z wczesnym nawrotem przetoki odbytniczopochwowej
- 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 i wydłużenia czasu hospitalizacji. Wszystkie operacje w obrębie odbytnicy wiążą się z podwyższonym ryzykiem zakażenia rany pooperacyjnej przez bakterie znajdujące się w przewodzie pokarmowym;
- 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 w układzie żylnym, co zagraża: zakrzepicą naczyń kończyn dolnych, naczyń jamy brzusznej, a w przypadku oderwania zakrzepu zatorom tętnicy płucnej, lub mikrozatorowością płuc;
- powstawanie zatorów tętnic, które mogą spowodować między innymi zawał serca, udar mózgu, lub zamknięcie innych tętnic obwodowych;
- 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;
- 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. żółtaczkę zakaźną) lub wirusem 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 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 2-3 dobach podawania płynów dożylnie, nie jest natomiast możliwe przyjmowanie płynów czy też pokarmów drogą doustną. Po tym czasie zalecane jest jedynie przyjmowanie płynów doustnie przez kolejne kilka dni, ewentualnie z parafiną, co ma umożliwić właściwe gojenie się rany operacyjnej w miejscu założonych szwów i łatwiejsze wydalanie treści jelitowej. Decyzja o rozpoczęciu żywienia doustnego jest podejmowana przez lekarza prowadzącego. Z reguły zaczyna się od diety płynnej od około 5-7 doby po zabiegu, w kolejnych dniach dieta jest stopniowo rozszerzana. Po operacji będzie Pani odczuwać dolegliwości bólowe związane z raną pooperacyjną. Około 6-7 doby po zabiegu będzie Pani wypisana do domu. Dalsza opieka pooperacyjna sprawowana jest ambulatoryjnie. Częstotliwość wizyt ustala lekarz opiekujący się Panią 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 korekty nabytej wady anatomicznej, jaką jest występowanie przetoki odbytniczno-pochwowej. Może dochodzić do jej powiększania się i nasilania istniejących już dolegliwości. Wskutek postępującej destrukcji struktur objętych procesem zapalnym, jak też okolicznych tkanek, w tym aparatu zwieraczowego odbytu, może zajść konieczność wyłonienia przetoki jelitowej (kolostomii) w obrębie powłok jamy brzusznej.

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*