



.....
(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 UCHYŁKA ODBYTNICZO - POCHWOWEGO (RECTOCELE).

II. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Przyczyną kwalifikacji do operacji, którą proponujemy Pani jest:

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

Rozpoznano u Pani łagodne schorzenie, jakim jest uwypuklenie ściany odbytnicy w kierunku pochwy, prowadzące do zmian anatomicznych i czynnościowych w przewodzie pokarmowym, zwane jako uchyłek odbytniczo-pochwowy (rektocele). Najczęściej występuje przedni uchyłek, któremu towarzyszą zmiany w obrębie przegrody odbytniczo-pochwowej. Główną dolegliwością jest utrudnione oddawanie stolca i jego zaleganie w uchyłku. Daje to uczucie zalegania stolca w pochwie, mogą także występować bóle w odbytnicy. Niejednokrotnie zachodzi potrzeba wprowadzania palca do pochwy w celu ułatwienia wydalenia mas kałowych.

III. Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Operacja przeprowadzana jest w znieczuleniu zewnątrzoponowym lub ogólnym (dokładnych informacji na temat znieczulenia udzieli lekarz anestezjolog podczas badania). Niekiedy konieczne jest założenie cewnika do pęcherza moczowego. Zabieg operacyjny można przeprowadzić od strony odbytnicy lub od strony pochwy. Operację wykonuje się częściej od strony odbytnicy i polega ona na wypreparowaniu i usunięciu nadmiaru błony śluzowej i wzmocnieniu przegrody odbytniczo-pochwowej za pomocą szwów. Zabieg od strony pochwy polega na wykonaniu plastyki pochwy oraz połączenia brzegów dźwigaczy odbytu.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Jako wada anatomiczna, uchyłki odbytniczo-pochwowe wymagają leczenia chirurgicznego, gdyż leczenie zachowawcze jest nieskuteczne.

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

Zabieg operacyjny nie przebiega identycznie u każdej chorej. Zależy to od jej budowy anatomicznej, stopnia zaawansowania choroby podstawowej (wielkości uchyłka) i od chorób współistniejących oraz 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 najczęstszych powikłań zalicza się:

- krwawienia z miejsca założonych szwów, co może wymagać ponownej operacji;
- zakażenia rany pooperacyjnej na skutek infekcji, co prowadzi do przedłużonego gojenia rany, wydłużenia czasu hospitalizacji;
- infekcje innych układów, w szczególności układu moczowego oraz oddechowego;
- powikłania związane z zakładaniem i obecnością wkłuc dożylnych (miejscowa infekcja, krwawk, obrzęk, zakażenie wkłucia);
- tworzenie się zakrzepów w układzie żylnym, co zagraża: zakrzepicą naczyń kończyn dolnych, naczyń jamy brzusznej, a w przypadku oderwania zakrzepu zatorem 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. żółtaczk zakażnej) 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 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 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.

Powinna Pani być świadoma, że operacja jest zawsze związana z ryzykiem powikłań. 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 wady anatomicznej, jaką jest występowanie uchyłka odbytniczno-pochwowego. Może dochodzić do jego powiększania się i nasilenia istniejących już dolegliwości.

IX. Oświadczenie pacjenta

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałam się z treścią niniejszego formularza oraz zostałam poinformowana przez o proponowanym rodzaju leczenia.

Oświadczam, iż miałam możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałam na nie odpowiedź. Jeżeli ma Pani 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 zataiłam 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*