



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 Z POWODU NIEDROŻNOŚCI MECHANICZNEJ JELIT

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 niedrożność przewodu pokarmowego. Jest to ostra choroba jamy brzusznej w trakcie której dochodzi do zamknięcia światła jelita cienkiego lub/i grubego, czego efektem jest brak możliwości przechodzenia treści pokarmowej przez jelito. Choroba ta jest spowodowana różnymi przyczynami: chorobą nowotworową jelita cienkiego, jelita grubego, chorobą nowotworową innego narządu jamy brzusznej zajmującą bądź uciskającą jelito cienkie lub grube, skrętem jelita, wgłobieniem jelita, uwięzieniem jelita cienkiego bądź grubego, zadziergnięciem jelita cienkiego bądź grubego, zrostami w jamie otrzewnowej, chorobami zapalnymi jelita cienkiego i/lub grubego, zablokowaniem jelita cienkiego bądź grubego ciałem obcym. Niezależnie od przyczyny niedrożność przewodu pokarmowego wymaga z reguły leczenia operacyjnego. Należy podkreślić iż niedrożność przewodu pokarmowego jest stanem zagrożenia życia i **nieleczona prowadzi do śmierci pacjenta.**

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).

Zawsze przed operacją konieczne jest zacewnikowanie pęcherza moczowego i wprowadzenie zgłębnika do żołądka. Należy podkreślić, że ze względu na objawy niedrożności, czyli stan zagrożenia życia, operacja jaką proponujemy jest operacją pilną.

Ze względu na fakt, iż często do momentu zabiegu nie znamy przyczyny objawów niedrożności przewodu pokarmowego, istnieje wiele opcji procedur chirurgicznych, które będzie trzeba zastosować podczas zabiegu. Ostateczna decyzja, co do wyboru zabiegu, który wykonamy zapadnie podczas operacji po dokładnym zdiagnozowaniu przyczyny niedrożności. W grę wchodzi następujące procedury operacyjne: Przecięcie, rozcięcie zrostów w jamie brzusznej, powodujących niedrożność. Odprowadzenie przepukliny, odkręcenie jelita, odprowadzenie wgłobienia jelita.

W przypadku, gdy przyczyną niedrożności jest przepuklina pachwinowa bądź brzuszna, oprócz innych wymienionych tu procedur najczęściej wykonujemy operacje plastyczną przepukliny. Jednak w odróżnieniu od operacji plastycznych przepuklin niepowikłanych wykonywanych w trybie planowym, w przypadku przepuklin jako przyczyny niedrożności zwykle odstępujemy od operacji z wszyciem materiału wzmacniającego – siatki, ze względu na zwiększone ryzyko infekcji. Niekiedy w ogóle odstępuje się od próby zaopatrzenia przepukliny podczas leczenia niedrożności mechanicznej jelit, pozostawiając to do kolejnego etapu leczenia chirurgicznego. Takie postępowanie podejmowane jest w sytuacji ciężkiego stanu ogólnego chorego, w celu ograniczenia ryzyka operacji.

Wycięcie części jelita cienkiego bądź/i grubego lub kilku fragmentów jelita z miejscami chorobowo zmienionymi powodującymi niedrożność. Planowany u Pani/Pana zabieg może polegać na wypreparowaniu części jelita cienkiego i/lub grubego i następnie na usunięciu wypreparowanego fragmentu wraz ze zmianą powodującą niedrożność. Następnie zostanie wykonane zespolenie jelitowe pomiędzy jelitem cienkim i jelitem cienkim bądź jelitem cienkim a jelitem grubym, bądź jelitem grubym a jelitem grubym.

W przypadku, gdy zmienionej części jelita nie można wyciąć możliwe jest wykonanie zespolenia omijającego. Wykonanie zespolenia omijającego polegające na odnalezieniu fragmentu jelita cienkiego bądź grubego zajętego procesem chorobowym i powodującym niedrożność. Z kolei odnajduje się zdrową pętlę jelita cienkiego/grubego przed zmianą chorobową oraz zdrową część jelita cienkiego/grubego za miejscem chorobowo zmienionym. Kolejnym etapem zabiegu jest wykonanie zespolenia między wyznaczonymi dwoma miejscami przed i za chorobowo zmienionym miejscem w sposób umożliwiający przechodzenie pokarmu zarówno w sposób naturalny, jak i z ominięciem chorobowo zmienionej części przez zespolenie.

Czasami konieczna jest operacja innego narządu jamy brzusznej poza jelitem grubym i/lub cienkim, którego choroba powoduje niedrożność.

Niekiedy jednak występują okoliczności, które uniemożliwiają wykonanie zespolenia jelitowego (znaczne rozdęcie jelit, niedokrwienie, duży rozmiar guza, czy też odmienności anatomiczne). **W tych przypadkach konieczne jest wytworzenie stomii, czyli wyłonienie jelita cienkiego lub grubego na powierzchnię brzucha, które następnie jest zaopatrywane workiem, do którego odchodzi treść jelitowa.** Stomia ta może być wyłoniona na okres przejściowy po którym wykonuje się operację odtwarzającą ciągłość przewodu pokarmowego – zamknięcie stomii. Czasami jednak stomia wyłaniana jest na stałe.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Należy podkreślić, że leczenie operacyjne jest jedynym sposobem leczenia niedrożności.

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 otyłości, przy zaburzonych stosunkach anatomicznych, po przebytych zabiegach operacyjnych w obrębie jamy brzusznej, lub w stanach zapalnych w jamie brzusznej.
- 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 wewnątrztrzewnowe, 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, krwaki, 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;
- 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. żółtaczką zakaźną) lub wirusem HIV;

- zrosty w jamie brzusznej, które nawet po latach mogą doprowadzić do niedrożności jelit; zwężenie zespolenia jelitowego zaburzające pasaż treści jelitowej;
- 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;
- wznowa procesu nowotworowego jak również powstanie przerzutów odległych;

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 6-7 doby po zabiegu będzie Pani/Pan wypisana do domu. Dalsza opieka pooperacyjna sprawowana jest ambulatoryjnie. Częstość 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

Należy podkreślić, że niedrożność jest ostrą chorobą jamy brzusznej i stanem zagrożenia życia, która wymaga pilnej interwencji chirurgicznej. Nie ma innej możliwości leczenia. Nie leczona niedrożność prowadzi do szybkiego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta i śmierci.

Trzeba także zaznaczyć, że ryzyko powikłań w przypadku operacji wykonywanych w trybie nagłym, jest kilkakrotnie wyższe niż w przypadku operacji planowych.

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*