

Imię i nazwisko Pacjenta:.....PESEL/Data urodzenia:.....

FORMULARZ ZGODY

I Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody

Imię i nazwisko Pacjenta:.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:.....

PESEL/Data urodzenia Pacjenta:.....

II Nazwa procedury medycznej lub zabiegu

LAPAROSKOPOWE OPERACJE JELITA GRUBEGO

III 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* chorobę, która wymaga leczenia operacyjnego. Jedną z możliwości leczenia chirurgicznego jest usunięcie zmiany techniką laparoskopową. Tego rodzaju procedura nie może być wykonana u wszystkich chorych. Uważa się, że metodą laparoskopową można operować od 10 do 40% chorych z guzami jelita grubego. Należy pamiętać, że zakwalifikowanie chorego do zabiegu laparoskopowego nie zapewnia ukończenia go taką samą metodą. W około 15% przypadków konieczna jest **zamiana techniki laparoskopowej na otwartą (konwersja)** w trakcie trwania operacji (najczęściej ze względów technicznych: nieprawidłowe stosunki anatomiczne, zrosty, większe zaawansowanie zmiany niż oceniono to w badaniach przedoperacyjnych). **Konwersja nie jest powikłaniem operacji laparoskopowej, lecz innym rozwiązaniem operacji podejmowanym w trakcie jej trwania i mającym na celu ograniczenie wystąpienie ewentualnych powikłań lub przeprowadzenia operacji o rozszerzonym (niemożliwym do wykonania laparoskopowo) zakresie.** W związku z powyższym podpisywana przez Panią/Pana zgoda jest dodatkowym formularzem uzupełniającym podstawową zgodę na określoną procedurę chirurgiczną.

Imię i nazwisko Pacjenta:.....PESEL/Data urodzenia:.....

IV Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

• U niektórych pacjentów możliwe jest przeprowadzenia operacji jelita grubego metodą laparoskopową. Polega ona na wprowadzeniu, poprzez małe nacięcia, do jamy brzusznej, po wcześniejszym wypełnieniu jej gazem, kamery oraz specjalnych narzędzi. Operacja przeprowadzana jest w znieczuleniu ogólnym (dokładnych informacji na temat znieczulenia i możliwych jego powikłań udzieli lekarz anestezjolog podczas badania). Zwykle konieczne jest zacewnikowanie pęcherza moczowego oraz założenie zgłębnika do żołądka. Tego typu zabiegi przeprowadzane są u części pacjentów w zależności od rodzaju choroby i stopnia jej zaawansowania, a także od chorób współistniejących. Wycięty fragment jelita wydostawany jest poprzez małe nacięcie powłoki brzucha. Operacja laparoskopowa pozwala na skrócenie czasu rehabilitacji pooperacyjnej, zwykle mniejsze są też dolegliwości bólowe odczuwane przez chorych po operacji i wcześniej powracają oni do codziennej aktywności.

V Opis innych dostępnych metod leczenia

Alternatywą dla operacji techniką laparoskopową jest operacja klasyczna, związana z wykonaniem dużego cięcia na przedniej ścianie brzucha.

VI Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją - laparoscopia

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.
- 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;

Imię i nazwisko Pacjenta:.....PESEL/Data urodzenia:.....

- zakażenia rany pooperacyjnej na skutek infekcji, co prowadzi do przedłużonego gojenia rany, wydłużenia czasu hospitalizacji, gorszego efektu kosmetycznego i osłabienia blizny. Wszystkie operacje na jelitach 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
- powikłania ze strony układu oddechowego – hiperkapnia (wysokie stężenie dwutlenku węgla), zaburzenia oddechowe, niedotlenienie narządów (mózgu)
- 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 cienkiego i/lub grubego;
- uszkodzenia gałązek nerwów skórnych, powodujące czasowe lub stałe zaburzenia czucia okolicy blizny pooperacyjnej;

Imię i nazwisko Pacjenta:.....PESEL/Data urodzenia:.....

- powstanie przepukliny pooperacyjnej - z reguły po kilku miesiącach. Ryzyko jej wystąpienia wzrasta u chorych otyłych i przy zaburzeniach gojenia się rany.
- powikłania związane z wytwarzaniem odmy otrzewnowej z użyciem dwutlenku węgla: krwawienie z naczyń powłoki brzucha, odma podskórna, odma śródpiersia, odma opłucnowa, zator gazowy
- termiczne uszkodzenia narządów wewnętrznych (oparzenia), najczęściej jelita, narządów mięsistych (wątroba)
- bóle barków (występują zwykle do 24-48 godzin po operacji)

VII Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

.....

.....

.....

VIII 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 4-7 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.

Imię i nazwisko Pacjenta:.....PESEL/Data urodzenia:.....

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.

IX Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z proponowanego leczenia wiąże się z kwalifikacją Pana/Pani do leczenia klasycznego poprzez laparotomię – duże cięcie powłoki brzucha i wykonanie operacji metodą klasyczną.

X Oświadczenie pacjenta

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zatailem/łam* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia , badań, oraz przebytych chorób.

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Data i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia

.....

* niepotrzebne skreślić

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:

.....

.....

.....

Imię i nazwisko Pacjenta:.....PESEL/Data urodzenia:.....

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na
przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej /zabiegu)

.....

.....

.....