

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**

WYCIĘCIE POLIPA ODBYTNICY/ODBYTU

### **III Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta**

Przyczyną kwalifikacji do operacji, którą proponujemy Pani/Panu jest polip odbytnicy/odbytu. Polipem nazywamy uwypuklenie błony śluzowej odbytnicy skierowane do jej światła. Istnieje wiele typów polipów, różniących się pochodzeniem. Choroba ta zwykle rozwija się przez dłuższy czas. Najczęściej polipy objawiają się krwawieniami z odbytnicy, dyskomfortem i uczuciem niepełnego wypróżnienia, okresowo mogą wydostawać się (wypadać) poza światło odbytnicy. Mogą także ulegać przemianie złośliwej (włącznie z rozwojem przerzutów odległych, np. w płucach lub wątrobie) oraz powodować objawy niedrożności (zatkania) światła odbytnicy.

### **IV Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji**

- Operacja przeprowadzana jest w znieczuleniu dożylnym krótkotrwałym (dokładnych informacji na temat znieczulenia i możliwych jego powikłań udzieli lekarz anestezjolog podczas badania). Niekiedy konieczne jest zacewnikowanie pęcherza moczowego. Planowany u Pani/Pana zabieg polega na wycięciu polipa i podwiązaniu/podkłuciu szwem chirurgicznym jego podstawy. Możliwe jest także usunięcie małych zmian przy pomocy elektrokoagulacji (urządzenie elektryczne wycinające zmiany i zamykające naczynia krwionośne) z pozostawieniem powstałych ubytków w błonie śluzowej do gojenia przez ziarninowanie - w takich sytuacjach błony śluzowej nie zeszywa się. Ponadto w części przypadków zdarza się, że ocena śródoperacyjna wykazuje, że wielkość (rozległość podstawy) polipa jest znacznie większa, niż wykazywały to badania przedoperacyjne. W takiej sytuacji czasami może wystąpić brak możliwości usunięcia całego polipa podczas jednego

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

zabiegu i jego usunięcie może wymagać postępowania wieloetapowego. W rzadkich przypadkach może zaistnieć również konieczność odstąpienia od wykonywanego zabiegu i zakwalifikowania chorego do innego, rozleglejszego zabiegu operacyjnego w terminie późniejszym.

## **V Opis innych dostępnych metod leczenia**

Alternatywą do leczenia chirurgicznego polipów odbytnicy jest wycięcie ich metodą endoskopową – z użyciem giętkiego (kolonoskop) lub sztywnego (proktoskop, rektoskop operacyjny) rurowatego instrumentu wprowadzanego poprzez odbyt. Takie postępowanie jest możliwe w przypadku małych zmian.

Nie istnieją farmakologiczne metody leczenia polipów odbytnicy.

## **VI 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, wymagające powtórnego zabiegu operacyjnego lub przetoczenia krwi
- uszkodzenie mięśni zwieraczy odbytu, skutkujące objawami nietrzymania stolca lub gazów, przejściowymi lub stałymi;
- zakażenia rany pooperacyjnej na skutek infekcji, co prowadzi do przedłużonego gojenia rany,
- infekcje innych układów, w szczególności układu moczowego oraz oddechowego;
- powikłania związane z zakładaniem i obecnością wkłuc dożylnych (miejscowa infekcja, krwiak, obrzęk, zakażenie wkłucia),
- 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;

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

- zniekształcające blizny, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub powikłań w procesie gojenia;
- zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B i C (tzw. żółtaczkę zakaźną) lub wirusem HIV;
- zaparcia
- uszkodzenia gałązek nerwów skórnych, powodujące czasowe lub stałe zaburzenia czucia okolicy okołodbytniczej

## **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 kilka 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 i znieczulenie dożylne wymagają w ciągu pierwszych godzin po zabiegu nieprzyjmowania płynów czy pokarmów drogą doustną. W ciągu pierwszej doby po zabiegu zostanie włączone do Pana/Pani diety picie i pokarmy doustne. Po operacji może Pani/Pan odczuwać dolegliwości bólowe okolicy operowanej, mogą także wystąpić nudności i wymioty. Należy także spodziewać się niewielkich dolegliwości bólowych podczas wypróżnienia. Około 1-2 dni 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.**

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

**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 brakiem możliwości usunięcia łagodnej zmiany nowotworowej. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że jej rozmiar będzie się zwiększać, prowadząc do zamknięcia światła jelita i niedrożności przewodu pokarmowego (bądź zaburzenia funkcji innych, sąsiadujących narządów, co zwykle wymaga leczenia operacyjnego w trybie nagłym i w zdecydowanej większości przypadków kończy się wyłonieniem stomii). Wówczas z reguły nie jest możliwe całkowite usunięcie zmiany. W przypadku zmian łagodnych istnieje ryzyko ich przejścia w zmianę złośliwą i możliwe są także wszystkie następstwa opisane powyżej. Pozostawienie zmiany złośliwej wiąże się również z postępującym ryzykiem krwawienia do przewodu pokarmowego, wyniszczenia i wreszcie śmierci wskutek powikłań i postępu choroby. Trzeba także zaznaczyć, że ryzyko powikłań w przypadku operacji wykonywanych w trybie nagłym, jest kilkakrotnie wyższe niż w przypadku operacji planowych.

## **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

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

otrzymałem/łam\* na nie odpowiedź. Jeżeli macie Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia prosimy o ich wpisanie poniżej:

.....  
.....  
.....

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)

.....  
.....  
.....