

**INFORMACJA DLA PACJENTA
ORAZ
FORMULARZ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE LECZENIA
LUB OŚWIADCZENIE O BRAKU ZGODY NA PRZEPROWADZENIE OPERACJI**

IMIĘ I

NAZWISKO

PESEL* Data ur. / /

DANE OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO WYRAŻENIA ZGODY opiekun prawny/przedstawiciel ustawowy**

IMIĘ I NAZWISKO.....

PESEL* Data ur. / /

** niewłaściwe skreślić

NUMER HISTORII CHOROBY:

1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚĆ OPERACJI

W trakcie dotychczas przeprowadzonych badań rozpoznano u Pana/Pani: przepuklinę pępkową

Po szczegółowej analizie Pana/Pani przypadku proponujemy następującą operację:

operację przepukliny pępkowej

Celem proponowanej operacji jest: plastyka przepukliny pępkowej . Leczenie operacyjne jest jedyną skuteczną metodą leczenia przepukliny pachwinowej- przepuklina nie ustępuje samoistnie.

Opis przebiegu proponowanej operacji

Leczeniem z wyboru jest operacja polegająca na nacięciu ponad pępkiem, wypukłość (jelita lub tłuszcz) zostaje delikatnie odprowadzona do jamy brzusznej. Otwór w powłokach brzusznych zostaje zamknięty (zszyty). Na koniec rana jest zszywana warstwowo, a na skórę nakładany jest opatrunek. Przed operacją zostanie pobrana krew na badania laboratoryjne (morfologia, jonogram, układ krzepnięcia) oraz mocz. Pomiar parametrów życiowych będzie prowadzony przez pielęgniarki. Przed operacją pacjent pozostaje na czczo. Następnie po dokładnym umyciu ciała ubiera jednorazowe ubranie przeznaczone na blok operacyjny. Operacja wykonywana jest w znieczuleniu ogólnym.

Po operacji zaleca się oszczędzający tryb życia przez miesiąc. Toaletę oraz pielęgnację rany pooperacyjnej – czyli codziennym dokładnym myciu oraz odkażaniu. Zgłoszenie się na kontrolę do Poradni Chirurgii Dziecięcej (termin kontroli wyznaczany przy wypisie z Oddziału).

2. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

plastyka przepukliny pępkowej

Przeciwwskazania do wykonania operacji: ostra infekcja ogólna lub miejscowa, ciężki stan ogólny dziecka, zaburzenia krzepnięcia krwi, alergie na leki stosowane przy znieczuleniu, niewyrównane choroby przewlekłe .

3. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z operacją.

W następstwie przepukliny pępkowej i operacji mogą wystąpić następujące powikłania:

krwawienia, przy których zachodzi konieczność transfuzji krwi, zabiegów endoskopowych lub operacyjnych;

nieszczelność przewodu pokarmowego mogąca prowadzić do wytworzenia zbiorników ropnych, przetok jelitowych, zapalenia otrzewnej i konieczności ponownej operacji;

infekcja rany pooperacyjnej: może prowadzić do przedłużonego gojenia, powstawania ropni lub przetok, rozejścia się rany; ze względu na osłabienie odporności związane z chorobą i leczeniem każda infekcja może wywołać stan septyczny;

uszkodzenia skóry przez środki dezynfekcyjne lub prąd elektryczny;

zbyt duże i nieestetyczne blizny, które mogą powstać w wyniku skłonności osobniczych lub zaburzeń w procesie gojenia ran powikłania kardiologiczne: niedokrwienie i/lub zawał mięśnia sercowego; zaburzenia rytmu serca, niewydolność serca, zaburzenia ciśnienia tętniczego prowadzące do zaburzeń ukrwienia innych narządów w tym mózgu;

zakażenie wirusem zapalenia wątroby (tzw. żółtaczką zakaźną) lub HIV;

niektóre powikłania mogą powodować poważne zagrożenie dla zdrowia i życia, mogą wymagać dodatkowych badań i zabiegów, czasami ponownej operacji, a czasami mogą doprowadzić do zgonu;

w czasie operacji i w okresie pooperacyjnym mogą wystąpić również niespotykane dotąd powikłania o nieznanym przebiegu i następstwach.

Prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnych skutków operacji jest niskie, ponieważ operacja przepukliny pępkowej jest to mało inwazyjna i rutynowy zabieg chirurgiczny, który ma bardzo niski odsetek powikłań. Mimo to, jak każda procedura chirurgiczna, może wiązać się z określonym ryzykiem.

Do częstych powikłań zaliczamy : krwawienie lub krwiak, obrzęk i zasinienie wokół rany, zakażenie rany, ból pooperacyjny, odczyn zapalny bez infekcji, zniekształcenie blizny/bliznowiec, problemy z gojeniem rany.

Do rzadkich powikłań zaliczamy: nawrotową przepuklinę, uszkodzenie struktur wewnętrznych, reakcję alergiczną na szwy, znieczulenie lub materiały operacyjne, zrosty wewnętrzne, martwica skóry wokół pępka.

4. ROKOWANIA

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pana/Pani przypadku:

duże średnie ograniczone

OPIS ZWIĘKSZONEGO RYZYKA POWIKŁAŃ W ZWIĄZKU ZE STANEM ZDROWIA PACJENTA

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

Alternatywne metody leczenia

Jeśli pacjent nie kwalifikuje się do operacji lub znieczulenia ogólnego ze względu na ogólny stan zdrowia można w wyjątkowych sytuacjach leczyć niechirurgicznie zgodnie z aktualną wiedzą medyczną zaleca się rehabilitację, wzmocnienie mięśni brzucha, oczekiwanie oraz obserwacja jednak bez gwarancji całkowitego wyleczenia przepukliny pępkowej.

Możliwe konsekwencje w przypadku rezygnacji z operacji

Jeżeli nie wyrazi Pani/Pan zgody na proponowaną operację rokowanie co do stanu zdrowia dziecka Pani/Pana w przyszłości są następujące:
dalsze pogorszenie stanu zdrowia do śmierci włącznie

5.KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA OPERACJI, WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEJ TRWANIA

Przy braku Pani/a zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani/a zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

6. OŚWIADCZENIE PACJENTA

W pełni zrozumiałem/zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielone mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem/Panią spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania,
- celu oraz sposobie wykonania zabiegu
- spodziewanych efektach zabiegu,
- sposobie przygotowania do zabiegu
- proponowanych oraz alternatywnych metod leczniczych,
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania,
- wyników leczenia operacyjnego,
- rokowania,
- zaleceń i przeciwwskazań
- możliwych powikłań związanych z tym zabiegiem oraz ryzyko ich wystąpienia
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego.

Zgadzam się na przeprowadzenie u mnie operacji

Plastyki przepukliny pępkowej oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzenia operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia

Data i czytelny podpis pacjenta

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny.

Zostałam poinformowana/poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia

Data i czytelny podpis pacjenta

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

Niniejszym oświadczam, że w/w pacjent (ka) / przedstawiciel ustawowy pacjenta (ki) podpisał formularz po rozmowie i zapoznaniu się z treścią informacji zawartych w niniejszym formularzu w mojej obecności.

Data, pieczętka i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia

.....

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu

.....