

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

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 ZABIEGU

W trakcie dotychczas przeprowadzonych badań rozpoznano u Pana: przepuklinę pachwinową po stronie

Po szczegółowej analizie Pana przypadku proponujemy następujący zabieg:

operację przepukliny pachwinowej

Celem proponowanej operacji: plastyka przepukliny pachwinowej

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 skóry w fałdzie podbrzusznym, plastyce przepukliny pachwinowej w znieczuleniu ogólnym. Zabieg otwarty (tradycyjny) – chirurg wykonuje nacięcie w okolicy pachwiny

aby uzyskać dostęp do worka przepuklinowego. Następnie przemieszcza wypukłe tkanki z powrotem do jamy brzusznej. Kolejnym krokiem jest założenie szwów w celu wzmocnienia ściany pachwiny.

Przed zabiegiem zostanie pobrana krew na badania laboratoryjne (morfologia, jonogram, układ krzepnięcia) oraz moczu. Pomiar parametrów życiowych będzie prowadzony przez pielęgniarki.

Przed zabiegiem pacjent pozostaje na czczo. Następnie po dokładnym umyciu ciała ubiera jednorazowe ubranie przeznaczone na blok operacyjny. Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu ogólnym.

Po zabiegu zaleca się oszczędzający tryb życia przez miesiąc. Toaletę oraz pielęgnację rany pooperacyjnej, która polega na codziennym myciu okolic rany 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 pachwinowej

Przeciwwskazania:

Ostra infekcja ogólna lub miejscowa, ciężki stan ogólny dziecka, zaburzenia krzepnięcia krwi, alergię 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 zabiegiem/ operacją.

W następstwie przepukliny pachwinowej i operacji mogą wystąpić następujące powikłania:

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

krwiak w okolicy operowanej

obrzęk moszny spowodowany nagromadzeniem płynu w okolicy operowanej

reakcja alergiczna na szwy lub znieczulenie – objawy mogą obejmować ból, zaczerwienienie lub reakcję ogólnoustrojową

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. żółtaczkę zakaźnej) lub HIV;

nawrotowa przepuklina – przepuklina może powrócić w tym samym miejscu, szczególnie przy wadliwym zamknięciu kanału pachwinowego
wodniak jądra – nagromadzenie płynu w mosznie, który może wymagać leczenia chirurgicznego

uszkodzenie struktur wewnętrznych – w rzadkich przypadkach może dojść do uszkodzenia nasieniowodu, naczyń krwionośnych, jąder lub jelit

zanik jądra – bardzo rzadkie, wynikające z niedokrwienia jądra

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 zabiegu jest niskie, ponieważ operacja ta należy do najczęstszych i najlepiej opanowanych procedur chirurgii dziecięcej.

Rodzaje nietypowych możliwych powikłań związanych z zabiegiem oraz ich prawdopodobieństwo zdarzają się sporadycznie a są to : uszkodzenie nasieniowodu, zarośnięcie kanału pachwinowego, przewlekły ból w pachwinie, przetoka rany, zrosty operacyjne w jamie brzusznej, zatrzymanie moczu po operacji, reakcja alergiczna na szwy lub opatrunki, nietypowe gojenie (bliznowiec)

Do częstych powikłań operacji przepukliny pachwinowej - krwawienie, krwiak moszny, zakażenie rany, obrzęk moszny lub powrózka nasiennego, nawrotowa przepuklina, wodniak jądra, zaburzenia położenia jądra, przejściowe zatrzymanie moczu, przejściowe porażenie nerwu udowo-płciowego

Rzadkie – zanik jądra, uszkodzenie nasieniowodu, przetoka pęcherzowo-skórna, uwięźnięcie jądra w bliźnie pooperacyjnej.

4. ROKOWANIA

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanego zabiegu/ operacji jest w Pana/Pani przypadku:

duże średnie ograniczone

OPIS ZWIĘKSZONEGO RYZYKA POWIKŁAŃ W ZWIĄZKU ZE STANEM ZDROWIA PACJENTA

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

Alternatywne metody leczenia

Przepuklina pachwinowa u chłopców jest wskazaniem do leczenia operacyjnego, ponieważ istnieje ryzyko powikłań, takich jak uwięźnięcie przepukliny, które może prowadzić do niedokrwienia jelit lub jądra. Wobec tego wskazana metoda lecznicza nie ma swojej alternatywy.

Możliwe konsekwencje w przypadku rezygnacji z zabiegu

Jeżeli nie wyrazi Pani/Pan zgody na proponowany/ą zabieg/operację rokowanie co do stanu zdrowia dziecka Pana w przyszłości są następujące:

dalsze pogorszenie stanu zdrowia do śmierci włącznie

5. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU/OPERACJI, WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji.

Informujemy, że jeśli w toku wykonywania zabiegu operacyjnego wystąpią nieprzewidziane okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia pacjenta, a niemożliwym byłoby niezwłoczne uzyskanie zgody pacjenta (lub jego przedstawiciela ustawowego) na zmianę zakresu zabiegu to lekarz ma prawo zmienić zakres zabiegu w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności.

W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.^A

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.

Jeśli w toku rozmowy udzielono innych istotnych dla pacjenta informacji, należy opisać je poniżej.

.....

7. 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 wyjaśnienia 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 pachwinowejoraz 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

^A Art. 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty

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 pacjentkę jest niemożliwe z powodu