



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. Zgłoszenie się na kontrolę do Poradni Chirurgii Dziecięcej (termin kontroli wyznaczany przy wypisie z Oddziału).

## **2. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI**

plastyka przepukliny pachwinowej

### **Informacje o przeciwwskazaniach**

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  
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. żółtaczki zakaźnej) lub HIV;  
nawrotowa przepuklina – przepuklina może powrócić w tym samym miejscu, szczególnie przy wadliwym zamknięciu kanału pachwinowego  
uszkodzenie struktur wewnętrznych – w rzadkich przypadkach może dojść do uszkodzenia jajowodu, naczyń krwionośnych, jajników lub jelit

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 ta należy do najczęstszych i najlepiej opanowanych procedur chirurgii dziecięcej.**

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

#### **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 dziewczynek jest wskazaniem do leczenia operacyjnego, ponieważ istnieje ryzyko powikłań, takich jak uwięźnięcie przepukliny, które może prowadzić do niedokrwienia jelit lub jajnika. Wobec tego wskazana metoda lecznicza nie ma swojej alternatywy.

#### **Możliwe konsekwencje w przypadku rezygnacji z operacji**

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

#### **5. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA 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 operacji to lekarz ma prawo zmienić zakres operacji 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.<sup>A</sup>

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.

## **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.

**Biorąc powyższe pod uwagę:**

**WYRAŻAM ZGODĘ**

**na przeprowadzenie u mnie operacji**

**Plastyki przepukliny pachwinowej .....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 .....

---

<sup>A</sup> Art. 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry

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 pacjentkę jest niemożliwe z powodu .....**

.....