

**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:**

stulejkę

**Po szczegółowej analizie Pana przypadku proponujemy następującą operację:**

operację stulejki

**Celem proponowanej operacji jest:** uniknięcie stanów zapalnych napletka i prącia

**Opis przebiegu proponowanej operacji**

Leczeniem z wyboru jest operacja polegająca na plastyce napletka, częściowym lub całkowitym obrzezaniu.

Przed operacją zostanie pobrana krew na badania laboratoryjne ( morfologia, jonogram, układ krzepnięcia) oraz mocz. Pomiar parametrów życiowych będzie w tym czasie prowadzony przez pielęgniarki.

Zabieg operacyjny (najczęściej obrzezanie lub plastyka napletka) ma na celu usunięcie patologicznie zmienionego napletka, lub jego poszerzenie, co umożliwia prawidłowe odsłanianie żołądki, poprawę higieny, zmniejszenie ryzyka infekcji oraz poprawę jakości życia.

**W dniu operacji pacjent powinien być na czczo. Przed operacją należy dokładnie umyć okolice intymne i założyć jednorazowe ubranie przeznaczone na blok operacyjny. Cała operacja przeprowadzona jest w znieczuleniu ogólnym.**

Po operacji zaleca się oszczędzający tryb życia przez około miesiąc. Codzienną toaletę napletka, odprowadzanie napletka po kąpielach. Toaletę oraz pielęgnację ran pooperacyjnych. Zgłoszenie się na kontrolę do Poradni Chirurgii Dziecięcej (termin kontroli wyznaczany przy wypisie z Oddziału).

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

uniknięcie stanów zapalnych napletka i prącia, prawidłowe odprowadzanie napletka

### **Przeciwwskazania**

**Wady anatomiczne prącia, zaburzenia krzepnięcia krwi, ostre infekcje okolicy prącia, ciężki stan ogólny dziecka.**

## **3. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ**

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

W następstwie operacji stulejki mogą wystąpić następujące powikłania:

- stan zapalny napletka i żołędzi mogące prowadzić do zwężenia ujścia cewki moczowej
- nawrót stulejki w przypadku niedostatecznej pielęgnacji po zabiegu
- 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
- 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 u dzieci ogólnie niskie, ale zależy od rodzaju operacji, techniki, wieku dziecka i opieki okołoperacyjnej. Nietypowe możliwe powikłania związane z operacją oraz ich prawdopodobieństwo martwica skóry prącia, powstanie przetoki cewkowej, wtórna stulejka, reakcje alergiczne – ich prawdopodobieństwo jest niskie**

## **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 stosując miejscowo maści ze sterydami. Jednak w przypadku stulejki bliznowatej wskazane jest leczenie chirurgiczne.

**Skuteczność leczenia stulejki u dzieci metodami zachowawczymi jest wysoka, zwłaszcza jeśli stulejka ma charakter fizjologiczny lub łagodny patologiczny. Metody te są bezpieczne, nieinwazyjne i często pozwalają uniknąć zabiegu chirurgicznego. Jednak wymaga to długotrwałej terapii, nie działa w przypadku stulejki bliznowatej, możliwość nawrotu, brak efektu u 10-30% dzieci.**

### **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:

nawrotowe zakażenia układu moczowego, zaburzenia oddawania moczu, choroby nowotworowe prącia

### **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 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.<sup>1</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.

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

.....  
.....

### **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:

---

<sup>1</sup> Art. 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty

- 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**

**Operację stulejki do obrzezania włącznie** 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 proponowaną mi operację.  
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 .....**

.....