

**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**

Ostra moszna u dzieci to stan wymagający pilnej diagnostyki i częstej interwencji chirurgicznej. Nie jest to konkretna jednostka chorobowa, lecz zespół objawów obejmujący nagły ból, obrzęk, zaczerwienienie lub tkliwość moszny. Może mieć wiele przyczyn, z których niektóre są pilne i zagrażają trwałości jądra. Najczęstsze przyczyny ostrej moszny u dzieci: skręt jądra, skręt przyczepka jądra, zapalenie najądrza, uraz moszny, przepuklina pachwinowa lub wodniak powikłany.

Po szczegółowej analizie Pana/Pani przypadku proponujemy następujący zabieg /operację:

**REWIZJA MOSZNY PO STRONIE** .....

**Celem proponowanego zabiegu jest:** rozpoznanie i leczenie przyczyny ostrego bólu moszny, aby zapobiec trwałemu uszkodzeniu jądra oraz innym powikłaniom.

**Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej**

Leczeniem z wyboru jest operacja polegająca na otwarciu moszny (w dolnej części po stronie objawów - umożliwia dostęp do jądra i struktur powózka nasiennego) w znieczuleniu ogólnym, poznanie przyczyny

powodującej stan zapalny w obrębie moszny oraz jej eliminację (np. usunięcie skręconego przyczepka jądra lub odprowadzenie skrętu jądra z ew. fiksacją jądra lub usunięcie martwiczego jądra). W szczególnych przypadkach możliwe pozostawienie sączków w ranie.

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

Po zabiegu zaleca się oszczędzający tryb życia przez około miesiąc. 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**

wyleczenie stanu zapalnego w obrębie moszny

Zasadniczo brak bezwzględnych przeciwwskazań, względne przeciwwskazania to ciężki stan ogólny dziecka, niestabilność hemodynamiczna, zaburzenia krzepnięcia, zakażenie ogólnoustrojowe,

## **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 „ostrej moszny” i operacji mogą wystąpić następujące powikłania:

- tan zapalny jądra i najądrza wymagający antybiotykoterapii
- 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;
- byt 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;
- czasie operacji i w okresie pooperacyjnym mogą wystąpić również niespotykane dotąd powikłania o nieznanym przebiegu i następstwach.

**Do często występujących powikłań zaliczyć należy:** zanik jądra (po skręcie jądra), krwaki moszny, zakażenie rany pooperacyjnej, przetrwały ból moszny, wodniak, przewlekły obrzęk moszny lub zrosty mosznowe, bliznowacenie skóry moszny, zaburzenia czucia w okolicy moszny, nawrotowy skręt jądra

**Do rzadko występujących powikłań zaliczyć należy** zakażenie głębokie, ropowica moszny, uszkodzenie powrózka nasiennego, zgorzel Fourniera, jałowe zapalenie jądra lub najądrza, zaburzenia hormonalne, psychologiczne skutki utraty jądra

#### **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**

Jeśli pacjent nie kwalifikuje się do operacji lub znieczulenia ogólnego ze względu na ogólny stan zdrowia można w wyjątkowych sytuacjach leczyć niechirurgicznie podając antybiotyki o szerokim zakresie działania działające na bakterie tlenowe i beztlenowe dożylnie, stosując niesteroidowe leki p/zapalne. Jednak w przypadku skrętu jądra brak możliwości odprowadzenia chirurgicznego niesie ogromne ryzyko martwicy jądra.

Zalety leczenia zachowawczego – brak ryzyka operacyjnego, oszczędność tkanek, możliwość leczenia ambulatoryjnego

**Wady leczenia zachowawczego** - ryzyko przeoczenia skrętu jądra, brak pewności rozpoznania, brak działania przyczynowego, możliwość progresji choroby mimo leczenia, ryzyko błędnej interpretacji poprawy, wydłużony czas obserwacji i leczenia, wydłużony czas powrotu do pełnej aktywności fizycznej, ryzyko utraty jądra

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

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

dalsze pogorszenie stanu zdrowia, nasilenie stanu zapalnego, martwica jądra

#### **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.

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:

- 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**

**Rewizja moszny, usunięcie skręconego przyczepka, odprowadzenie skrętu jądra z ew. fiksacją jądra lub usunięcie martwiczego jądra)** 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 / przedstawiciel ustawowy pacjenta 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 .....**

.....