

ogólnym.

Po zabiegu zaleca się oszczędzający tryb życia przez miesiąc. Toaletę oraz pielęgnację ran pooperacyjnych, 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

Usunięcie nieprawidłowego cofania się krwi w żyłach jądra, poprawa funkcji jądra, zmniejszenie lub ustąpienie dolegliwości bólowych, zapobieganie dalszemu uszkodzeniu jądra, poprawa komfortu życia.

Przeciwwskazania:

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 zabiegiem/ operacją.

W następstwie operacyjnego leczenia żyłaków powrózka nasiennego mogą wystąpić następujące powikłania:

- krwawienia, przy których zachodzi konieczność transfuzji krwi, zabiegów endoskopowych lub operacyjnych;
- krwiak w okolicy operowanej
- obrzęk moszny
- reakcja alergiczna na szwy lub znieczulenie – objawy mogą obejmować ból, zaczerwienienie lub reakcję ogólnoustrojową
- nieszczelność przewodu pokarmowego
- wodniak jądra
- nawrót żyłaków powrózka nasiennego
- przewlekły ból jądra lub pachwiny
- zaburzenia płodności
- 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 zakaźnej) lub HIV;
- 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, 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 żyłaków powrózka nasiennego metodą laparoskopową– krwawienie, zakażenie rany, obrzęk moszny lub powrózka nasiennego, wodniak jądra, zaburzenia położenia jądra, przejściowe zatrzymanie moczu, przejściowe porażenie nerwu udowo- płciowego

Rzadkie – zanik jądra, uszkodzenie nasieniowodu, przetoka pęcherzowo-skórna,

OPIS ZWIĘKSZONEGO RYZYKA POWIKŁAŃ W ZWIĄZKU ZE STANEM ZDROWIA PACJENTA

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

4. ROKOWANIA

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

duże średnie ograniczone

Alternatywne metody leczenia

Żyłaki powrózka nasiennego u chłopców są wskazaniem do leczenia operacyjnego, ponieważ mogą doprowadzić do stopniowego pogorszenia parametrów nasienia, obniżenia płodności, nasilania dolegliwości bólowych, postępujący zanik jądra, zaburzenia funkcji jądra. Wobec tego wskazana metoda lecznicza nie ma swojej alternatywy.

Możliwe konsekwencje w przypadku rezygnacji z operacji

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

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

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 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
zgadzam się
na przeprowadzenie u mnie operacji**

Operacji żyłaków powrózka nasiennego po stronie metodą laparoskopową 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

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

.....

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, podpis lekarza

Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu

.....