

**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/Pani:** ropień w okolicy .....

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

nacięcie ropnia

**Celem proponowanej operacji jest:**

chirurgiczne opracowanie (nacięcie i oczyszczenie oraz ewentualny drenaż) ropnia w znieczuleniu ogólnym

**Opis przebiegu proponowanej operacji**

Leczeniem z wyboru jest nacięcie i oczyszczenie oraz ewentualny drenaż) ropnia.

Przed zabiegiem zostanie pobrana krew na badania laboratoryjne ( morfologia, jonogram, układ krzepnięcia, parametry stanu zapalnego). Pomiar parametrów życiowych będzie w tym czasie prowadzony przez pielęgniarki.

Medyczne wskazania do operacyjnego nacięcia i drenażu ropnia obejmują sytuacje, w których obecność zbiornika ropy stanowi zagrożenie lub nie ma szans na skuteczne leczenie zachowawcze. Nacięcie ropnia jest konieczne gdy występuje klinicznie uformowany ropień, silny nawracający ból, objawy ogólne zakażenia, szybkie powiększanie się zmiany, brak poprawy po antybiotykoterapii, ryzyko samoistnego pęknięcia ropnia.

Zabieg wycięcia polega na nacięciu, oczyszczeniu i drenażu ropnia. Pozostawiona rana goi się od dna.

Przed zabiegiem pacjent pozostaje na czczo. Po dokładniej toalecie osobistej ubiera jednorazowe ubranie przeznaczone na blok operacyjny.

Po zabiegu zaleca się oszczędzający tryb życia przez około miesiąc (w zależności od przebiegu leczenia) . Toaletę oraz pielęgnację ran pooperacyjnych oraz antybiotykoterapię. Zgłoszenie się na kontrolę do Poradni Chirurgii Dziecięcej (termin kontroli wyznaczany przy wypisie z Oddziału).

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

nacięcie ropnia

## **3. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ**

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

Nacięcie ropnia u dziecka jest zazwyczaj bezpiecznym zabiegiem, ale jak każda procedura medyczna, może wiązać się z pewnymi powikłaniami. Oto najczęściej występujące komplikacje:

### **1) Powikłania infekcyjne- wymagające leczenia antybiotykami**

- zakażenie rany – objawiające się zaczerwienieniem, obrzękiem, bólem, ociepleniem skóry wokół rany, ropnym wyciekami, gorączką
- ropowica – rozprzestrzenienie się zakażenia w tkankach miękkich

### **2) Powikłania związane z gojeniem rany**

- nadmierne bliznowacenie – bliznowiec lub blizny przerostowe

#### **Inne powikłania**

- Krwawienia
- uszkodzenia skóry przez środki dezynfekcyjne lub prąd elektryczny;
- Uszkodzenia otaczających tkanek lub nerwów – w przypadku głębszych ran istnieje ryzyko uszkodzenia drobnych nerwów co może prowadzić do drętwienia i mrowienia w okolicy rany oraz trwałego osłabienia czucia w miejscu urazu
- W niektórych przypadkach gojenie może prowadzić do powstania bolesnych zmian bliznowatych, co może utrudniać codzienne funkcjonowanie.
- 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 niskie, zależy od stanu miejscowego oraz chorób przewlekłych pacjenta.**

**Nietypowym powikłaniem związanym z operacją jest martwica brzegów rany, zakażenie ogólnoustrojowe (sepsa), bliznowiec, której prawdopodobieństwo wystąpienia jest niskie.**

## **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**

Jeśli pacjent nie kwalifikuje się do operacji lub znieczulenia ogólnego ze względu na ogólny stan zdrowia należy naciąć ropień w znieczuleniu miejscowym i wdrożyć antybiotykoterapię.

Przy zabiegu wykonanym w znieczuleniu miejscowym narażamy dziecko na stres, ze względu na środowisko ropne niewystarczające zniesienie bólu.

#### **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:

szerzenie się zakażenia miejscowego, które może prowadzić do pogorszenia stanu ogólnego pacjenta

#### **PRZECIWWSKAZANIA**

W praktyce nacięcie i drenaż ropnia to zabieg ratujący przed szerzeniem się zakażenia, dlatego ma bardzo niewiele przeciwwskazań. Przeciwwskazania bezwzględne: brak zgody pacjenta, ciężki stan ogólny pacjenta

#### **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.

#### **6. OŚWIADCZENIE PACJENTKI/PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

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**

**Nacięcia i drenażu ropnia** 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**

.....

**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 .....

.....