

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

2. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

appendektomia

Informacje o przeciwwskazaniach

Przeciwwskazania do appendektomii są nieliczne, ponieważ w przypadku ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego zabieg ma często charakter ratujący zdrowie lub życie. W praktyce wyróżnia się głównie przeciwwskazania czasowe (względne). Zabieg można wykonać po stabilizacji pacjenta lub w innym trybie w przypadku ciężkiego stanu ogólnego pacjenta, zaburzeń krzepnięcia.

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 appendektomii 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;
- ropień wewnątrzbrzuszny (zwykle po zapaleniu zgorzelinowym lub perforacji)
- niedrożność porażenna jelit
- zrosty wewnątrzbrzuszne
- przepuklina pooperacyjna
- kikutowe zapalenie wyrostka

- 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 zakaźną) lub HIV;

- 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 zabiegu zależy od stanu pacjenta oraz rodzaju zapalenia wyrostka. Większość skutków jest przejściowa i łagodna. Ciężkie powikłania występują rzadko. Laparoscopia powoduje mniejsze dolegliwości bólowe i szybszą rekonwalescencję niż metoda klasyczna.

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

W łagodnym, niepowikłanym zapaleniu wyrostka jako alternatywne leczenie może być stosowana antybiotykoterapia.

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 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.¹

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.

¹ Art. 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry

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:

WYRAŻAM ZGODĘ

na przeprowadzenie u mnie operacji

Appendektomii 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 (ka) / przedstawiciel ustawowy pacjenta (ki) podpisał formularz po rozmowie i zapoznaniu się z treścią informacji zawartych w niniejszym formularzu w

mojej obecności.

Data, pieczęć 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

.....