

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

Po zabiegu zaleca się oszczędzający tryb życia przez około 2 miesiące. 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

Wycięcia torbieli pilonidalnej / nacięcia ropnia

Przeciwwskazania

Zabieg wycięcia torbieli nie powinien być wykonany w danym momencie jeśli występuje ostry ropień. Wtedy wykonujemy najpierw nacięcie i drenaż. Operację radykalną prowadzi się po wyciszeniu stanu zapalnego.

Przeciwwskazaniami do wycięcia torbieli pilonidalnej i nacięcia ropnia są: uogólniona infekcja (sepsa), ciężkie zaburzenia krzepnięcia krwi nie poddające się korekcji, brak zgody pacjenta.

3. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

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

Wycięcie torbieli lub 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, uciepleniem skóry wokół rany, ropnym wyciekaniem, gorączką
- ropowica – rozprzestrzenienie się zakażenia w tkankach miękkich

2) Powikłania związane z gojeniem rany

- rozejście się szwów- może wynikać z nadmiernego napięcia na brzegi rany lub urazu mechanicznego , czasami wynika z niedostatecznej wytrzymałości szwów lub infekcji
 - 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.

Nietypowymi możliwymi powikłaniami są martwica brzegów rany, zakażenie ogólnoustrojowe (sepsa), reakcja nadwrażliwości na szwy, bliznowiec – prawdopodobieństwo ich 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 wdrożyć odpowiednie postępowanie miejscowe (dbałość o higienę, regularna depilacja, unikanie długiego siedzenia i ucisku, miejscowe leczenie stanów zapalnych). W przypadku przeciwwskazań do nacięcia ropnia w znieczuleniu ogólnym jest możliwość wykonania zabiegu w znieczuleniu miejscowym.

Wadą leczenia zachowawczego jest wysoki odsetek nawrotów.

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:

nawracające stany zapalne w okolicy krzyżowo-guzicznej

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

Wycięcia torbieli pilonidalnej / nacięcie 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

.....