

INFORMACJA DLA PACJENTA I FORMULARZ ZGODY NA WYCIĘCIE POLIPA ODBYTNICY/ODBYTU

Pacjent(ka) (imię i

nazwisko) _____ PESEL _____

Operacja przeprowadzana jest w znieczuleniu dożylnym krótkotrwałym (dokładnych informacji na temat znieczulenia i możliwych jego powikłań udzieli lekarz anestezjolog podczas badania). Niekiedy konieczne jest zacewnikowanie pęcherza moczowego. Planowany u Pani/Pana zabieg polega na wycięciu polipa i podwiązaniu/podkłuciu szwem chirurgicznym jego podstawy. Możliwe jest także usunięcie małych zmian przy pomocy elektrokoagulacji (urządzenie elektryczne wycinające zmiany i zamykające naczynia krwionośne) z pozostawieniem powstałych ubytków w błonie śluzowej do gojenia przez ziarninowanie - w takich sytuacjach błony śluzowej nie zeszywa się. Ponadto w części przypadków zdarza się, że ocena śródoperacyjna wykazuje, że wielkość (rozległość podstawy) polipa jest znacznie większa, niż wykazywały to badania przedoperacyjne. W takiej sytuacji czasami może wystąpić brak możliwości usunięcia całego polipa podczas jednego zabiegu i jego usunięcie może wymagać postępowania wieloetapowego. W rzadkich przypadkach może zaistnieć również konieczność odstąpienia od wykonywanego zabiegu i zakwalifikowania chorego do innego, rozleglejszego zabiegu operacyjnego w terminie późniejszym.

Zabieg operacyjny nie przebiega identycznie u każdego chorego. Zależy to od jego budowy anatomicznej, stanu odżywienia, stopnia zaawansowania choroby podstawowej i chorób współistniejących oraz od jego stanu ogólnego. Różne, trudne do przewidzenia trudności techniczne występujące podczas zabiegu operacyjnego mogą spowodować, że pomimo starań lekarzy podczas operacji, jak i po jej zakończeniu może dojść do wystąpienia powikłań.

W trakcie zabiegu pomimo zachowania zasad sztuki medycznej możliwe jest wystąpienie następujących powikłań:

- krwawienia śródoperacyjne i pooperacyjne, wymagające powtórnego zabiegu operacyjnego lub przetoczenia krwi
- uszkodzenie mięśni zwieraczy odbytu, skutkujące objawami nietrzymania stolca lub gazów, przejściowymi lub stałymi
- zakażenia rany pooperacyjnej na skutek infekcji, co prowadzi do przedłużonego gojenia rany
- infekcje innych układów, w szczególności układu moczowego oraz oddechowego
- powikłania związane z zakładaniem i obecnością wkłuc dożylnych (miejscowa infekcja, krwiak, obrzęk, zakażenie wkłucia)
- powikłania ze strony układu krążenia – nasilenie niewydolności krążenia, zaburzenia rytmu serca, niedokrwienie mięśnia sercowego
- niekiedy mogą wystąpić uszkodzenia lub oparzenia skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny stosowane podczas zabiegu

- alergię na leki stosowane w okresie okołoperacyjnym – szczególnie leki stosowane podczas znieczulenia, antybiotyki oraz środki przeciwbólowe;
- zniekształcające blizny, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub powikłań w procesie gojenia
- zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B i C (tzw. żółtaczkę zakaźną) lub wirusem HIV
- zaparcia
- uszkodzenia gałązek nerwów skórnych, powodujące czasowe lub stałe zaburzenia czucia okolicy okołodbytniczej

Zgodnie z Ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry z 5.12.1996 r., (tj. DzU 2008 r., nr 136, poz. 857), lekarz ma obowiązek poinformować pacjenta o dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach planowanych czynności medycznych. W związku z powyższym oświadczam, że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, których występowanie jest incydentalne i których nie da się przewidzieć w świetle aktualnej wiedzy medycznej nie będzie z mojej strony przedmiotem roszczeń z tytułu niewłaściwego wykonania badania.

W razie jakichkolwiek wątpliwości prosimy o pytania. Lekarz postara się rozwiązać Pani/Pana wszystkie wątpliwości.

Po zapoznaniu się z powyższymi informacjami oraz po rozmowie z lekarzem wyrażam zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a w sposób wyczerpujący i niebudzący moich wątpliwości o celu, rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu oraz wszelkich możliwych do przewidzenia wiążących się z nim ryzykach, w tym ryzykach rzadko występujących, innych możliwych metodach leczenia, jak również o efekcie, jakiego mogę się spodziewać, jeżeli zabieg przebiegać będzie bez zakłóceń. Oświadczam, że udzieliłem/am pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, w tym informacji o chorobach przewlekłych, przebiegu dotychczasowego leczenia i przyjmowanych lekach. Stwierdzam, że uzyskałem/am wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Zapoznałem/am się i zrozumiałem/am informacje zawarte w niniejszej zgodzie. Oświadczam, że jestem wystarczająco poinformowany/ny. Rozumiem ryzyko związane z tym zabiegiem i zgadzam się na jego wykonanie. Jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualną zmianę pierwotnie ustalonego zakresu zabiegu operacyjnego polegającą na jego zmniejszeniu lub rozszerzeniu, jeśli będzie to uzasadnione wystąpieniem nieprzewidzianych okoliczności lub koniecznością dostosowania jego zakresu do stwierdzonych śródoperacyjnie zmian chorobowych. W razie wystąpienia podczas operacji powikłań wyrażam zgodę na przetransporowanie mnie do placówki państwowej opieki zdrowotnej w celu dalszego leczenia.

Warszawa, _____, _____
Data i godzina

_____ podpis Lekarza

_____ podpis Pacjenta