

INFORMACJA DLA PACJENTA I FORMULARZ ZGODY NA OPERACJĘ PRZETOKI OKOŁOODBYTNICZEJ

Pacjent(ka) (imię i
nazwisko) _____

PESEL _____

Operacja przeprowadzana jest w znieczuleniu dożylnym, przewodowym lub ogólnym (dokładnych informacji na temat znieczulenia i możliwych jego powikłań udzieli lekarz anestezjolog podczas badania). Pierwszym etapem zabiegu jest dokładna kontrola odbytnicy i okolicy okołodbytniczej. Po odnalezieniu otworu zewnętrznego kanału przetoki, operujący będą się starali odnaleźć jej otwór wewnętrzny i odnaleźć wszystkie kanały przetoki. W zależności od przebiegu kanału przetoki podjęta będzie decyzja co do wyboru optymalnego rodzaju operacji. Jeśli kanał przetoki biegnie tuż pod skórą może być wycięty w całości lub rozcięty. W przypadkach kiedy kanał przebiega głębiej i przez mięsień zwieracz zewnętrzny wtedy do jego światła zostanie założona nić, która będzie musiała tam pozostać na okres od kilku tygodni do kilku/kilkunastu miesięcy. Ponadto część przetoki od strony skóry zostanie wycięta. W przypadku większej ilości ujść zewnętrznych lub kanałów przetok konieczne będzie założenie większej ilości nici drenujących lub drenów. W przypadku głębokich przetok okołodbytnicznych konieczne bywa założenie drenów w okolicę odbytu (również na okres kilku tygodni do kilku/kilkunastu miesięcy). Przypadki przetok złożonych (bardziej skomplikowanych) mogą być leczone poprzez wykonanie operacji zamknięcia ujść przetoki przy pomocy przesuniętego płata skórniego lub śluzówkowego. Okres gojenia się miejsc operowanych może być w przypadku tej choroby bardzo długi – dłuższy, niż przedstawiony powyżej czas pozostawienia nici lub drenów w kanałach przetoki. Należy również zaznaczyć iż leczenie przetok okołodbytnicznych jest często wieloetapowe, tzn. zachodzi konieczność rozłożenia poszczególnych etapów leczenia na kilka zabiegów operacyjnych.

Zabieg operacyjny nie przebiega identycznie u każdego chorego. Zależy to od jego budowy anatomicznej, przebiegu kanałów przetok okołodbytnicznych 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
- alergie 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. żółtaczką zakaźną) lub wirusem HIV
- zaparcia
- uszkodzenia gałązek nerwów skórnych, powodujące czasowe lub stałe zaburzenia czucia okolicy okołoodbytniczej

Zgodnie z Ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty 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