

## ZGODA PACJENTA NA WYCIĘCIE FAŁDU BRZEŻNEGO

Pacjent(ka) (imię i nazwisko) \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

Fałdy okołodbytnicze to przerośnięte fałdy skóry. Anatomicznie w tej okolicy pod skórą znajduje się luźna, podatna na rozciąganie tkanka łączna wypełniona gęstą siecią naczyń krwionośnych. Naczynia te tworzą tzw. zewnętrzne sploty okołodbytnicze składające się głównie z żył. Wykrzepienie krwi w tych naczyniach to nic innego jak zakrzepica brzeżna. Tak właściwie to zakrzepica zewnętrznego spłotu okołodbytniczego leczona zachowawczo (bez nacięcia) jest najczęstszą przyczyną tworzenia się fałdów okołodbytniczych. W wyniku powstania zakrzepu dochodzi do gwałtownego rozciągnięcia skóry. Ta zaś nie mając możliwości obkurczenia się przez kilka kolejnych dni ulega trwałemu przerostowi. Rozciągnięta skóra formuje się w postaci meszków skórnych zlokalizowanych wokół odbytu. Podczas wzmożonego ciśnienia w układzie żylnym w obrębie jamy brzusznej (np. podczas napinania brzucha przy wysiłku fizycznym, przy defekacji) dochodzi do wypełniania splotów naczyniowych krwią i okresowego powiększania fałdów okołodbytniczych. Może się to okazać szczególnie kłopotliwe np. dla kobiet podczas stosunku płciowego.

### Opis zabiegu

Są dwie możliwości leczenia (chirurgiczna i laserowa). Jedynie wcześniejsza konsultacja proktologiczna połączona z dokładną oceną stanu okolicy odbytu pozwala na wybór właściwej metody leczenia. Tylko lekarz po ocenie stanu ogólnego naszego zdrowia, zapoznaniu się z ewentualnymi chorobami współistniejącymi, naszym trybem życia może zaproponować adekwatne do tych czynników i optymalne dla pacjenta rozwiązanie.

### Chirurgiczna

Polega na wycięciu fałdów w znieczuleniu miejscowym i założeniu w to miejsce szwów rozpuszczalnych. Zabieg trwa ok 10-20 minut. Po zabiegu pacjent otrzymuje szczegółowe zalecenia dotyczące pielęgnacji rany pooperacyjnej i może wrócić do domu.

Wskazane jest aby w okresie gojenia czyli ok 10 dni dużo odpoczywać, powstrzymać się od nadmiernego wysiłku fizycznego i stosować dietę zapobiegającą zaparciom.

Po ok. 21 dniach wskazana jest kontrola po zabiegu.

**W trakcie zabiegu pomimo zachowania zasad sztuki medycznej możliwe jest wystąpienie powikłań.** Pacjent jest jednocześnie świadomy, że 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 Pacjent oświadcza, że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, których występowanie jest incydentalne i których nie da się przewidzieć w świetle aktualnej wiedzy medycznej nie będzie z jego strony przedmiotem roszczeń z tytułu niewłaściwego wykonania zabiegu.

**Po zapoznaniu się z powyższymi informacjami oraz po rozmowie z lekarzem wyrażam zgodę na proponowany zabieg.**

**Oświadczam, że:**

- zapoznałem/-am się ze szczegółowym opisem zabiegu, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w leczenia
- zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu zabiegu w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku procesu terapeutycznego i na wiążące się z tym koszty
- stwierdzam, że uzyskałem/ -am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanego zabiegu.

Warszawa, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Data i godzina

\_\_\_\_\_  
podpis Lekarza

\_\_\_\_\_  
podpis Pacjenta