

## **INFORMACJA DLA PACJENTA I FORMULARZ ZGODY NA WYCIECIE GUZKÓW KRWAWNICZYCH (HEMOROIDÓW)**

Pacjent(ka) (imię i

nazwisko) \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

Operacja przeprowadzana jest w znieczuleniu krótkotrwałym dożylnym lub podpajęczynówkowym. Dokładnych informacji na temat znieczulenia i możliwych jego powikłań udzieli lekarz anestezjolog podczas badania.

Najczęściej stosowanymi metodami leczenia operacyjnego guzków krwawniczych są operacje sposobem Milligana - Morgana, Fergusona lub Parksa. Polegają ona na wypreparowaniu i wycięciu chorobowo zmienionych guzków. Rany po wycięciu hemoroidów, w zależności od metody zaszywa się całkowicie, częściowo albo w ogóle.

Zabieg operacyjny nie przebiega identycznie u każdego chorego. Zależy to od wielu czynników. Między innymi od wielkości guzków krwawniczych, od tego czy operacja jest przeprowadzana pierwszy raz czy mamy do czynienia z nawrotem choroby. 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:**

- ból pooperacyjny,
- krwawienia śródoperacyjne i pooperacyjne, niekiedy wymagające przetoczenia krwi lub ponownej operacji;
- przedłużone krwawienie, po 7-16 dniach od zabiegu
- tworzenie się zakrzepów w układzie żylnym, co zagraża: zakrzepicą naczyń kończyn dolnych, naczyń jamy brzusznej, a w przypadku oderwania zakrzepu zatorem tętnicy płucnej, lub mikrozatorowością płuc;
- powstawanie zatorów tętnic, które mogą spowodować między innymi zawał serca, udar mózgu, lub zamknięcie innych tętnic obwodowych
- powikłania ze strony układu krążenia – nasilenie niewydolności krążenia, zaburzenia rytmu serca, niedokrwienie mięśnia sercowego
- alergie na leki stosowane w okresie okołoperacyjnym – szczególnie leki stosowane podczas znieczulenia, antybiotyki oraz środki przeciwbólowe
- zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B i C (tzw. żółtaczką zakaźną) lub wirusem HIV
- zakażenia rany
- obrzęk okolicy odbytu
- zakrzepica przyodbytowego splotu żylnego
- zakażenie układu moczowego

- uciążliwe krótkotrwałe zaparcia
- trudności z oddaniem moczu
- powikłania związane z zakładaniem i obecnością wkłuc dożylnych (miejscowa infekcja, krwiak, obrzęk, zakażenie wkłucia)
- nietrzymanie stolca
- zwężenie odbytu,
- zaburzenia oddawania stolca gazów
- szczelina odbytu
- nawrót hemoroidów

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 poinformowana/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