

Zgoda Pacjenta na zabieg: laserowe usuwanie torbieli pilonidalnej (włosowej)

Pacjent(ka) (imię i

nazwisko) _____ **PESEL** _____

Proszę przeczytać przed rozmową z lekarzem!

Torbiel włosowa (torbiel pilonidalna, zatoka włosowa) to choroba lokalizująca się w szparze międzypośladowej i objawiająca się przewlekłym stanem zapalnym powstającym w zazwyczaj kilku zbiornikach zlokalizowanych w linii pośrodkowej. Zbiorniki wypełnione są patologicznie wrastającymi włosami i wydzielinami przydatków skórnych. Często torbiel włosowa jest powikłana ropniami i powstała w ich wyniku siecią przetok łączących światło przetoki ze skórą. Istnieje wiele metod leczenia operacyjnego torbieli włosowej, których wspólną cechą jest duże ryzyko powikłań pooperacyjnych w tym przede wszystkim częste zakażenia miejsca operacyjnego z koniecznością gojenia rany przez ziarninowanie co łączy się z pozostawieniem szpecących blizn. Leczenie torbieli włosowej za pomocą lasera polega na mechanicznym usunięciu z wnętrza torbieli zalegających w niej mas patologicznych i następnie koagulacji ścian torbieli za pomocą energii laserowej, co powoduje ich obkurczenie oraz martwicę przydatków skórnych. Czasami konieczne jest chirurgiczne usunięcie ujść skórnych torbieli. W okresie pooperacyjnym z przetoki ewakuuje się znaczna ilości tkanki nekrotycznej co jest następstwem zastosowanej metody leczenia, a do ostatecznego zamknięcia się torbieli i wyzdrowienia dochodzi dopiero po kilku tygodniach, a nawet miesiącach.

Powikłania, które mogą wystąpić w związku z leczeniem torbieli włosowej za pomocą lasera to:

- ból pooperacyjny
- krwawienie
- przewlekający się wyciek z rany pooperacyjnej
- ropień okolicy operowanej
- nawrót przetoki
- zakażenie tkanek miękkich i kości miednicy wymagające antybiotykoterapii i/lub ich chirurgicznego usunięcia (zespół Fourniera)
- zgon

Uwaga!

Przed procedurą

Lekarz decyduje, czy i kiedy należy wprowadzić lub zmieniać leczenie przeciwzakrzepowe (np. Macumar®, Aspirin®).

Po procedurze

Zabieg wykonywany jest w trybie ambulatoryjnym, ale pacjent po zabiegu powinien zostać odebrany przez opiekuna, ponieważ zdolność reagowania może być ograniczona z powodu

zażytych środki znieczulających lub przeciwbólowych. Personel udzieli informacji, kiedy można ponownie aktywnie uczestniczyć w ruchu drogowym lub wrócić do wykonywanej pracy. W tym czasie nie należy spożywać alkoholu ani podejmować żadnych ważnych decyzji.

Jeśli temperatura ciała ulegnie podwyższeniu (powyżej 38°C), wystąpi ból lub zaczerwienienie ran, należy natychmiast skontaktować się z lekarzem lub kliniką. To samo dotyczy bólu brzucha, któremu towarzyszą dolegliwości związane z ruchami jelit (zaparcie, biegunka), nawet jeśli objawy te pojawiają się dopiero kilka dni po operacji.

W każdym momencie Pacjent ma prawo odstąpić od zabiegu. Jeśli w trakcie operacji, gdy zabieg się jeszcze nie rozpoczął pacjent uzna, że nie jest w stanie poddać się zabiegowi z jakiegokolwiek powodu, operacja zostanie przerwana lub zakończona w zwykły sposób.

Jeśli podczas operacji wystąpią czynniki, z powodu których odejście od umówionego sposobu leczenia okaże się korzystne dla Pacjenta, lekarz prowadzący zastrzega sobie prawo do zmiany sposobu leczenia.

Świadoma zgoda na zabieg:

Mam świadomość, że nie ma wystarczających danych na temat trwałości efektów leczenia. Po zapoznaniu się z powyższymi informacjami oraz po rozmowie z lekarzem wyrażam zgodę na przeprowadzenie proponowanego zabiegu. 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 oraz związanych z tym dodatkowych kosztach. 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