



Imię i nazwisko pacjenta: _____

Nr historii choroby: _____ PESEL/Data urodzenia*: _____

Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Adres: _____ Telefon: _____

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE GASTREKTOMII CZĘŚCIOWEJ

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Częściowa resekcja żołądka (gastrektomia subtotalna) wykonywana jest w celu leczenia raka żołądka zlokalizowanego w dystalnej (dolnej) części żołądka, najczęściej w obrębie antrum lub odźwiernika. Rak żołądka jest nowotworem złośliwym powstającym w błonie śluzowej żołądka. Z czasem nowotwór może naciekać głębsze warstwy ściany żołądka powodować jego zwężenie, niedrożność i krwawienia, a także szerzyć się do okolicznych węzłów chłonnych oraz narządów sąsiadujących (trzustki dwunastnicy, jelita cienkiego, wątroby, śledziony). W dalszym przebiegu możliwe jest również wystąpienie przerzutów odległych, najczęściej do wątroby, płuc, otrzewnej i kości. W Polsce rak żołądka co do częstości zachorowania jest 5 w kolejności nowotworem złośliwym u mężczyzn i 8 u kobiet. Rak żołądka jest 3 najczęstszą przyczyną zgonu z powodu nowotworów złośliwych u mężczyzn i 7 u kobiet.

Stwierdzony u Pana/Pani rak żołądka w części przedodźwiernikowej/antrum stanowi wskazanie do operacji.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Subtotalna resekcja żołądka wykonywana jest **w znieczuleniu ogólnym**. O rodzaju znieczulenia, jego przebiegu i możliwych zagrożeniach z nim związanych poinformuje Panią/Pana lekarz anestezjolog. Zabieg rozpoczyna się rozcięciem powłok jamy brzusznej.

Zabieg może być również wykonywany metodą laparoskopową (pod kontrolą kamery i za pomocą specjalnych narzędzi wprowadzanych do jamy brzusznej przez punktowe nacięcia powłok jamy brzusznej). Dystalną część żołądka wraz z siecią większą oddziela się od jego połączeń z wątrobą, jelitem grubym, śledzioną, trzustką i przeponą. Podczas preparowania zamyka się i przecina tętnice i żyły prowadzące krew do i z żołądka. Żołądek odcina się od dwunastnicy. Bliższy koniec dwunastnicy zamyka się na stałe. Dystalną część żołądka z rakiem, w odległości co najmniej 5 lub 7cm (w zależności od typu raka) od bliższego brzegu guza nowotworowego, odcina się od dna i wpustu żołądka. Po usunięciu dystalnej części żołądka wytwarza się nowe połączenie pomiędzy dnem żołądka a jelitem (odtworzenie ciągłości, rekonstrukcja przewodu pokarmowego). W tym celu przecina się pętlę jelita cienkiego. Odcinek dalszy jelita cienkiego (prowadzący do jelita grubego) podciąga się ku górze i przyszywa do kikuta żołądka (zespolecie żołądkowo-jelitowe) wytwarzając nową drogę pokarmową. Odcinek bliższy jelita cienkiego połączony z dwunastnicą przyszywa się do boku jelita cienkiego wytworzonej drogi pokarmowej (zespolecie jelitowo-jelitowe). W ten sposób do nowej drogi pokarmowej dostarczane są enzymy trawienne wydzielane do dwunastnicy przez trzustkę i wątrobę. Czasami rekonstrukcję przewodu pokarmowego można wykonać bez przecinania pętli jelita cienkiego. Wtedy przyszywa się bok pętli jelita cienkiego do dna żołądka. Przy takiej rekonstrukcji często występują żółciowe zapalenia żołądka. W bliskim związku z żołądkiem pozostaje śledziona. Jest to narząd, który łatwo ulega uszkodzeniu i czasami istnieje konieczność usunięcia śledziony razem z żołądkiem. W raku żołądka zdarza się, że nowotwór naciekiem zajmuje sąsiadujące narządy tworząc jednolitą guzową masę. Dlatego, w uzasadnionych przypadkach, może być konieczne usunięcie wraz z żołądkiem części trzustki, części jelita grubego, pęcherzyka żółciowego. W nowotworach złośliwych często obecne są przerzuty do węzłów chłonnych. Dlatego oprócz usunięcia żołądka konieczne jest wycięcie układu chłonnego w zakresie uzależnionym od lokalizacji raka w żołądku i jego typu histopatologicznego (wynik badania mikroskopowego wycinków raka pobranych podczas gastroskopii wykonanej przed operacją). Wycięcie układu chłonnego nazywa się limfadenektomią. Razem z układem chłonnym wycina się sieć większą. W przypadku stwierdzenia nieznanych wcześniej odrębności anatomicznych lub wcześniej nie



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

zidentyfikowanych patologii jamy brzusznej zabieg operacyjny może ulec modyfikacji w zakresie koniecznym do uzyskania najbardziej korzystnego efektu leczniczego lub zmniejszenia ryzyka groźnych powikłań. Operację kończy założenie drenu do jamy brzusznej w okolicy operowanej, zeszycie ran i założenie opatrunków.

Oczekiwane korzyści mogą obejmować:

1. Usunięcie ogniska nowotworowego – wycięcie całego żołądka wraz z marginesem zdrowych tkanek zmniejsza ryzyko pozostawienia komórek nowotworowych
2. Możliwość całkowitego wyleczenia - przypadku raka ograniczonego do żołądka i regionalnych węzłów chłonnych
3. Zmniejszenie ryzyka nawrotu miejscowego – dzięki wycięciu także sieci i regionalnych węzłów chłonnych (limfadenektomia)
4. Ustąpienie dolegliwości związanych z guzem (ból i uczucie pełności, krwawień i anemii, trudności w połykaniu, wymiotów przy niedrożności)
5. Poprawa jakości życia
6. Wydłużenie przeżycia (szczególnie, gdy operacja jest radykalna R0)
7. Możliwość zastosowania leczenia uzupełniającego (chemioterapia, immunoterapia), co dodatkowo poprawia rokowanie

(Miejsce na informację graficzną wykorzystywaną w trakcie przekazywania informacji na temat zabiegu)

III. Zalecenia pozabiegowe

Po zabiegu pozostaje Pani/Pan zazwyczaj w sali pooperacyjnej (zazwyczaj od kilku do 24 godzin), gdzie monitorowane są podstawowe funkcje życiowe – ciśnienie krwi, akcja serca, wydolność układu oddechowego, co gwarantuje maksymalnie bezpieczną opiekę medyczną bezpośrednio po zabiegu i znieczuleniu. W sali tej najczęściej nie są możliwe odwiedziny bliskich. Następnie, jeśli nie będzie wskazań do kontynuowania monitorowania, będzie Pani/Pan przetransportowana do sali ogólnej oddziału chirurgii. Pacjenci w okresie pooperacyjnym otrzymują leczenie przeciwbólowe w zależności od potrzeb. Przeprowadzona operacja wymaga w pierwszych dobach podawania płynów dożylnie, nie jest natomiast możliwe przyjmowanie płynów czy też pokarmów drogą doustną. W określonych przypadkach wskazane jest również włączenie żywienia pozajelitowego, które będzie prowadzone przez wkłucie centralne założone podczas operacji. Czas podawania płynów i włączenia diety doustnej uzależniony jest od przebiegu pooperacyjnego. Decyzja o rozpoczęciu żywienia doustnego jest podejmowana przez lekarza prowadzącego. Najpierw otrzyma Pani/Pan doustnie płyny, następnie w przypadku dobrej tolerancji kolejno pokarmy płynne (zupy, kleiki), a później dietę stałą. Po operacji będzie Pani/Pan odczuwać dolegliwości bólowe związane z raną pooperacyjną, mogą także wystąpić nudności i wymioty. Około 8-14 doby po zabiegu będzie Pani/Pan wypisana do domu. Dalsza opieka pooperacyjna sprawowana jest ambulatoryjnie. Częstotliwość wizyt ustala lekarz opiekujący się Panią/Panem w poradni. Szwy zdejmuje się zwykle po 10-14 dniach.

Powyższy opis dotyczy niepowikłanego i standardowego przebiegu pooperacyjnego. Powinniście Państwo być świadomi, że operacja jest zawsze związana z ryzykiem powikłań, zarówno wymienionych powyżej, jak i innych, rzadziej występujących, trudnych do przewidzenia. Wystąpienie powikłań może wymagać kolejnych operacji, zmiany sposobu leczenia, przedłużenia jego okresu i może być także przyczyną śmierci. Nie można zatem z całą pewnością oczekiwać, że podczas leczenia operacyjnego lub po nim nie dojdzie do ich wystąpienia.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Chemioterapia: polega na dożylnym lub doustnym podawaniu jednego lub kilku (dwa, trzy lub cztery) leków przeciwnowotworowych. Chemioterapia jest prowadzona przez lekarza onkologa. Lekarz onkolog decyduje o rodzaju leków, ich dawkach, sposobie podawania i terminach chemioterapii. Około połowa przypadków raka żołądka nie wykazuje odpowiedzi na chemioterapię (rak rozwija się pomimo leczenia).

Radioterapia: polega na niszczeniu tkanek raka za pomocą promieniowania wytwarzanego przez specjalistyczną aparaturę (lampy, naświetlania). Radioterapia prowadzona jest przez lekarza onkologa. Lekarz onkolog decyduje o rozległości, dawkach i czasie radioterapii. Skuteczność radioterapii w jamie brzusznej jest ograniczona z powodu objawów ubocznych.

Leczenie skojarzone: łączy różne sposoby leczenia raka np. chemioterapię z radioterapią, operację z chemioterapią. W zaawansowanych postaciach raka żołądka rozważane są schematy leczenia skojarzonego z okołooperacyjną chemioterapią, chemioterapią pooperacyjną lub pooperacyjną chemioradioterapią. Wiele schematów leczenia skojarzonego prowadzonych jest w ramach kontrolowanych badań klinicznych.

Leczenie objawowe, które nie leczy raka a łagodzi jego objawy. Leczenie objawowe może obejmować leczenie bólu, łagodzenie nudności i wymiotów, wyrównywanie niedoborów płynów, elektrolitów, anemii, upuszczania płynu z jamy brzusznej i/lub jam opłucnowych itd.

V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

Omówione powyżej leczenie może powodować szereg powikłań: śródoperacyjnych, wczesnych pooperacyjnych i późnych pooperacyjnych. Do ważniejszych powikłań można zaliczyć:

- uszkodzenie sąsiednich narządów (np. śledziony, wątroby, trzustki, jelit, nerek, przepony, nerwów, naczyń krwionośnych) wymagające ich naprawy lub usunięcia. Ryzyko wzrasta przy otyłości, zaburzonych stosunkach anatomicznych, po przebytych zabiegach operacyjnych w jamie brzusznej, po przebytych stanach zapalnych i/lub zrostach;
- krwawienia, przy których zachodzi konieczność transfuzji krwi, zabiegów endoskopowych lub operacyjnych;
- nieszczelność w zespoleniu żołądkowo-jelitowym, dwunastnicy lub zespoleniu jelitowo-jelitowym, mogące prowadzić do wytworzenia zbiorników ropnych, przetok jelitowych, zapalenia otrzewnej i konieczności ponownej operacji;
- zapalenie trzustki, przetoka trzustkowa;
- infekcja rany pooperacyjnej: może prowadzić do przedłużonego gojenia, powstawania ropni lub przetok, rozejścia się rany; ze względu na osłabienie odporności związane z chorobą i leczeniem każda infekcja może wywołać stan septyczny;
- uszkodzenia skóry przez środki dezynfekcyjne lub prąd elektryczny;
- zbyt duże i nieestetyczne blizny, które mogą powstać w wyniku skłonności osobniczych lub zaburzeń w procesie gojenia ran;
- powikłania kardiologiczne: niedokrwienie i/lub zawał mięśnia sercowego; zaburzenia rytmu serca, niewydolność serca, zaburzenia ciśnienia tętniczego prowadzące do zaburzeń ukrwienia innych narządów w tym mózgu;
- tworzenie się zakrzepów i zatorów np. zakrzepowe zapaleniem żył, zator tętnicy płucnej, udar mózgowy itp.;
- powikłania oddechowe: zapalenie płuc, płyn w jamach opłucnowych, niewydolność oddechowa;
- powikłania neurologiczne dotyczące zaburzeń czucia obwodowego, zaburzeń widzenia, słyszenia, porażenia nerwów obwodowych, uszkodzeń mózgu lub rdzenia kręgowego o charakterze przemijającym lub utrwalonym;
- zaburzenia nastroju, zaburzenia zachowania i zaburzenia psychiczne o charakterze przemijającym lub utrwalonym;
- ból spowodowany uszkodzeniem nerwów obwodowych, splotów nerwowych lub ośrodków nerwowych w mózgu lub rdzeniu kręgowym o charakterze przemijającym lub utrwalonym, bóle neuropatyczne;
- zakażenie wirusem zapalenia wątroby (tzw. żółtaczką zakaźną) lub HIV;
- niektóre powikłania mogą powodować poważne zagrożenie dla zdrowia i życia, mogą wymagać dodatkowych badań i zabiegów, czasami ponownej operacji, a czasami mogą doprowadzić do zgonu;
- w czasie operacji i w okresie pooperacyjnym mogą wystąpić również niespotykane dotąd powikłania o nieznanym przebiegu i następstwach.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

VI. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

Ryzyko operacji oceniane na podstawie skali: _____

Dla zabiegów „małych”

Ryzyko powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Powodzenie leczenia operacyjnego stwarza nadzieję na wydłużenie życia chorego. Prawdopodobieństwo przeżycia 5 lat u chorych po resekcji raka żołądka wynosi około 20-30%. Na podstawie dotychczasowej wiedzy trudno jest dokładnie określić długość przeżycia pacjentów i przewidywać rodzaj i okres, w którym mogą pojawić się późne powikłania. Po subtotalnej resekcji żołądka w trakcie lub po spożyciu posiłków mogą wystąpić nieprzyjemne doznania, takie jak uczucie pełności w nadbrzuszu, skurczowe bóle brzucha, biegunka połączone z uderzeniem gorąca, przyspieszonym biciem serca, a nawet zawrotami głowy czy spadkiem ciśnienia krwi. Dla uniknięcia lub zmniejszenia nasilenia tych dolegliwości konieczna jest modyfikacja nawyków żywieniowych. Po operacji zwykle dochodzi do utraty kilku kilogramów wagi ciała, następnie waga stabilizuje się i może ulec zwiększeniu. Po subtotalnej resekcji żołądka mogą występować zaburzenia wchłaniania niektórych elementów, w tym żelaza, wapnia, białka czy witaminy B12, niezbędnej do odtwarzania krwinek czerwonych i prawidłowego funkcjonowania układu nerwowego. Po stwierdzeniu obniżonego stężenia tej witaminy we krwi może być konieczne przyjmowanie tej witaminy w formie zastrzyków domięśniowych. Po każdej operacji w jamie brzusznej może dojść do wytworzenia zrostów w jamie brzusznej, które nawet po latach mogą doprowadzić do niedrożności jelit. W różnym okresie od operacji może dojść do wystąpienia przepukliny pooperacyjnej. Kolejnym możliwym odległym powikłaniem po resekcji żołądka jest zwężenie w miejscu zespolenia powodujące utrudnienie w przyjmowaniu pokarmów (wymagające zabiegów rozszerzania na drodze endoskopowej lub operacyjnej). Należy również się liczyć z powikłaniami związanymi ze wznową miejscową raka wymagającymi postępowania chirurgicznego. Po 15-20 latach od subtotalnej resekcji żołądka zwiększa się ryzyko powstania raka w pozostawionej części żołądka, co wymaga okresowej kontroli endoskopowej.

Ryzyko odległych powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z próby resekcji żołądka powoduje dalszy rozwój raka z możliwością naciekania innych narządów oraz przerzutów do węzłów chłonnych, otrzewnej i innych narządów. W konsekwencji postępu choroby nastąpi zgon z wyniszczenia i/lub powikłań związanych z rozwojem lokalnym nowotworu i pojawiającymi się przerzutami odległymi. Dynamika rozwoju raka żołądka zależy od wielu czynników i jest trudna do przewidzenia. Zbyt późne podjęcie leczenia operacyjnego może spowodować, że resekcja żołądka będzie niemożliwa.

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanej

GASTREKTOMII CZĘŚCIOWEJ

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej gastrektomii częściowej**.

Oświadczam, że miałem/am wystarczający czas na zapoznanie się z informacją zawartą w niniejszym formularzu, zapoznałem/am się z nią i ją zrozumiałem/am, zrozumiałem/am także wyjaśnienia lekarza, zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a o celu i przebiegu operacji oraz ryzyku powikłań jej wykonania albo możliwych następstwach rezygnacji z proponowanego leczenia, miałem/am możliwość zadawania dodatkowych pytań, na które uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi.

Lekarz poinformował mnie również o tym, że przebieg, ryzyko powikłań oraz efekty operacji nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta.

Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań lekarza po operacji.

Jeżeli ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanej operacji prosimy o ich wpisanie poniżej:

Przed rozpoczęciem operacji udzieliłem/udzieliłam pełnych i prawdziwych informacji na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie:

- mojego stanu zdrowia,
- wszelkiego typu alergii,
- trwającej terapii chorób przewlekłych,
- istnienia/braku ciąży,
- przyjmowanie leków,
- przebytych zabiegów i urazów.

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Prosimy o podanie ewentualnych zastrzeżeń i uwag dotyczących opisanych powyżej informacji:

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanej gastrektomii częściowej.

Zostałem/am poinformowany/a, że udzielona przeze mnie zgoda może być w każdej chwili cofnięta.

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie zaproponowanej gastrektomii częściowej.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia, które obejmują w szczególności:

Uzasadnienie odmowy

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego i ewentualnego wskazania uzasadnienia odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie gastrektomii częściowej. Podanie uzasadnienia jest dobrowolne).

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

X. Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że:

przedstawiłem/am* pacjentce/pacjentowi planowany sposób leczenia zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną. Udzieliłem/am informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody bądź świadomą odmowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej oraz udzieliłem odpowiedzi na jej/jego pytania. Poinformowałem pacjentkę/pacjenta o negatywnych konsekwencjach niewyrażenia zgody na zaproponowaną operację.

Z uwagi na stan pacjenta powyższe informacje nie zostały mu przekazane*.

data

oznaczenie lekarza udzielającego wyjaśnień
i odbierającego oświadczenie (pieczętka i podpis)

Pacjent nie jest w stanie złożyć oświadczenia o wyrażeniu zgody / odmowie wyrażenia zgody w formie pisemnej z powodu:

Pacjent złożył oświadczenie o wyrażeniu zgody/odmowie wyrażenia zgody* **na przeprowadzenie zaproponowanej gastrektomii częściowej** w następujący sposób:

Oświadczenie zostało złożone w sposób dostatecznie jasny.

data i godzina

oznaczenie lekarza odbierającego
oświadczenie (pieczętka i podpis)

miejsce na ewentualny podpis osoby trzeciej
obecnej przy składaniu oświadczenia

Uzyskano zgodę sądu opiekuńczego **na przeprowadzenie gastrektomii częściowej.**

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza i wskazania przyczyny uzyskania zgody zastępczej, danych sądu, daty i miejsca wydania, sygnatury postanowienia oraz jego zakresu):

data

podpis i pieczętka lekarza