



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 OPERACJI SZCELINY ODBYTU

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Stwierdzono u Pana/Pani szczelinę odbytu. Jest to podłużne pęknięcie błony śluzowej kanału odbytu, które powstaje najczęściej na skutek przejścia twardego stolca lub przewlekłych zaparć. Choroba ta należy do częstych schorzeń proktologicznych.

Przyczyną szczeliny odbytu jest uraz mechaniczny błony śluzowej oraz nadmierne napięcie mięśnia zwieracza odbytu, co prowadzi do upośledzenia ukrwienia i utrudnia gojenie rany. Objawami są silne dolegliwości bólowe podczas i po defekacji, świeże krwawienia z odbytu, a w przewlekłej postaci także obecność fałdu skórniego i przewlekły dyskomfort w okolicy odbytu.

Szczelina odbytu może prowadzić do przewlekłego bólu, trudności w wypróżnianiu oraz wtórnych stanów zapalnych. U Pana/Pani schorzenie nie ustąpiło pomimo leczenia zachowawczego.

Stwierdzona szczelina odbytu jest wskazaniem do leczenia operacyjnego, które należy do najskuteczniejszych metod terapii tej choroby.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Proponowanym sposobem leczenia jest zabieg operacyjny polegający najczęściej na bocznej sfinkterotomii wewnętrznej, czyli częściowym przecięciu mięśnia zwieracza wewnętrznego odbytu. Zabieg ten prowadzi do zmniejszenia napięcia mięśnia, poprawy ukrwienia i w konsekwencji do wygojenia szczeliny. W wybranych przypadkach możliwe jest również wycięcie przewlekłej szczeliny odbytu wraz z brodawką wartowniczą i fałdem skórny.

Operacja wykonywana jest **w znieczuleniu ogólnym lub przewodowym (dolędźwiowym)**. Decyzję o rodzaju znieczulenia podejmuje anestezjolog po przeprowadzeniu badania przedoperacyjnego.

Oczekiwanym efektem leczenia operacyjnego jest ustąpienie dolegliwości bólowych, zagojenie szczeliny odbytu oraz poprawa komfortu życia pacjenta.

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



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

III. Zalecenia pozabiegowe

Po wyjściu ze szpitala będzie Pan/Pani wymagał/a kontroli ambulatoryjnej.

1. Zalecane jest stosowanie diety bogatoresztkowej oraz odpowiedniego nawodnienia w celu uzyskania miękkiego stolca i uniknięcia zaparć.
2. Przyjmowanie zaleconych leków przeciwbólowych i ewentualnie przeczyszczających.
3. Regularna higiena okolicy odbytu (podmywanie, nasiadówki), unikanie wysiłku fizycznego i dźwigania ciężarów przez kilka tygodni po operacji.
4. Wizyta kontrolna w poradni chirurgicznej.
5. W razie wystąpienia niepokojących objawów (nasilonego krwawienia, silnego bólu, gorączki, ropnej wydzieliny) – niezwłoczny kontakt z lekarzem.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

W leczeniu szczeliny odbytu możliwe jest zastosowanie metod zachowawczych, które obejmują: dietę bogatoresztkową i odpowiednie nawodnienie w celu zapobiegania zaparciom, środki zmiękczające stolec, miejscowe preparaty przeciwbólowe i przeciwzapalne, maści rozluźniające zwieracz odbytu (zawierające np. nitroglicerynę, diltiazem lub nifedypinę), a także nasiadówki i właściwą higienę okolicy odbytu.

Stosowane bywa również leczenie iniekcyjne toksyną botulinową, mające na celu czasowe rozluźnienie zwieracza odbytu i poprawę gojenia szczeliny.

Metody te mogą przynieść poprawę zwłaszcza w świeżej, ostrej postaci choroby, jednak w przypadku szczeliny przewlekłej często okazują się niewystarczające i wymagają leczenia operacyjnego.

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

Do możliwych powikłań po operacyjnym leczeniu szczeliny odbytu należą:

- a) krwawienie z rany pooperacyjnej,
- b) zakażenie rany lub ropień w okolicy odbytu,
- c) przejściowe dolegliwości bólowe i dyskomfort w okolicy operowanej,
- d) zaburzenia gojenia rany, powstanie przetoki odbytu,
- e) nawrót szczeliny odbytu,
- f) przemijające trudności w trzymaniu gazów lub stolca, w rzadkich przypadkach trwałe nietrzymanie.

Większość powikłań występuje rzadko, a zabieg w zdecydowanej większości przypadków pozwala na skuteczne wyleczenie 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 _____

Ryzyko powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Po prawidłowo przeprowadzonym zabiegu operacyjnym oraz zastosowaniu zaleceń pooperacyjnych rokowanie jest na ogół bardzo dobre. U większości pacjentów dochodzi do całkowitego wygojenia szczeliny odbytu i ustąpienia dolegliwości bólowych. Poprawia się komfort życia oraz jakość wypróżnień.

Do możliwych powikłań odległych należą:

- a) nawrót szczeliny odbytu,
- b) przewlekłe dolegliwości bólowe lub dyskomfort w okolicy odbytu,
- c) rzadko – przetoka odbytu,
- d) sporadycznie – trwałe zaburzenia trzymania gazów lub stolca, zwłaszcza u pacjentów z wcześniejszymi chorobami proktologicznymi lub osłabionym zwieraczem odbytu.

Ogólnie leczenie operacyjne szczeliny odbytu należy do skutecznych metod i daje wysokie szanse na trwałe wyleczenie.

Ryzyko odległych powikłań ☐ małe ☐ średnie ☐ duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z leczenia operacyjnego szczeliny odbytu wiąże się z utrzymywaniem się dolegliwości bólowych oraz krwawień z odbytu, co może prowadzić do znacznego pogorszenia jakości życia. Nieleczona szczelina odbytu może przejść w postać przewlekłą, charakteryzującą się utrwalonymi zmianami zapalnymi i bliznowatymi.

W dalszej perspektywie istnieje ryzyko powstania przetoki odbytu, przewlekłych stanów zapalnych, a także pogłębiających się trudności w wypróżnianiu. Nawracające dolegliwości bólowe mogą prowadzić do unikania wypróżnień i wtórnych zaparć, co dodatkowo nasila chorobę.

Brak leczenia może w konsekwencji prowadzić do przewlekłych powikłań proktologicznych, wymagających bardziej rozległych i obciążających zabiegów operacyjnych.

(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

OPERACJI SZCZELINY ODBYTU

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej operacji szczeliny odbytu**.

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 następstw 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 operacji szczeliny odbytu.

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 operacji szczeliny odbytu.

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 operacji szczeliny odbytu. 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 operacji szczeliny odbytu** 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 operacji szczeliny odbytu.**

(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