



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 ŻYŁAKÓW ODBYTU

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Stwierdzono u Pana/Pani żylaki odbytu (hemoroidy). Są to poszerzone naczynia żyłne spłotu odbytniczego, które mogą powodować dolegliwości bólowe, świąd, pieczenie, krwawienia z odbytu oraz uczucie niepełnego wypróżnienia.

Choroba ta należy do częstych schorzeń proktologicznych. Jej powstawaniu sprzyjają m.in. przewlekłe zaparcia, siedzący tryb życia, ciąża, otyłość oraz czynniki genetyczne.

Nieleczone żylaki odbytu mogą prowadzić do przewlekłych krwawień, niedokrwistości, zakrzepicy węzłów hemoroidalnych, a także utrwalonego bólu i dyskomfortu.

U Pana/Pani stwierdzone żylaki odbytu są 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 operacyjne usunięcie żylaków odbytu (hemoroidektomia).

Zabieg polega na chirurgicznym wycięciu zmienionych chorobowo guzków krwawniczych z zachowaniem prawidłowych struktur anatomicznych odbytu.

W niektórych przypadkach możliwe jest zastosowanie metod małoinwazyjnych, takich jak podwiązanie naczyń doprowadzających, koagulacja lub staplerowa resekcja hemoroidów.

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

Oczekiwany efekt leczenia jest usunięcie źródła dolegliwości, zmniejszenie lub ustąpienie krwawień, bólu i dyskomfortu związanego z chorobą hemoroidalną 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.

Stosowanie diety bogatoresztkowej oraz odpowiedniego nawodnienia w celu uzyskania miękkiego stolca i zapobiegania zaparciom.

Przyjmowanie zaleconych leków przeciwbólowych, ewentualnie leków przeczyszczających lub zmiękczających stolec. Utrzymywanie właściwej higieny okolicy odbytu (częste podmywanie, niasiadówki w letniej wodzie), unikanie dużego wysiłku fizycznego i dźwigania ciężarów przez kilka tygodni po zabiegu.

W przypadku wystąpienia nasilonego krwawienia, silnego bólu, gorączki lub ropnej wydzieliny z rany –niezwłoczny kontakt z lekarzem.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

W leczeniu żylaków odbytu można stosować metody zachowawcze oraz małoinwazyjne.

Metody zachowawcze obejmują zmianę diety na bogatoresztkową, zwiększenie podaży płynów, unikanie zaparcí i długotrwałego siedzenia, stosowanie preparatów miejscowych (czopki, maści przeciwzapalne i przeciwbólowe) oraz leków flebotropowych poprawiających napięcie ściany naczyń żylnych.

W leczeniu małoinwazyjnym stosuje się m.in.:

- gumkowanie (metoda Barrona – podwiązanie guzków hemoroidalnych gumową opaską),
- skleroterapię (podanie środka obliterującego do żylaka),
- koagulację podczerwienią, laserem lub prądem wysokiej częstotliwości,
- zabiegi staplerowe (metoda Longo), polegające na podciągnięciu i odcięciu fragmentu błony śluzowej odbytnicy z guzkami hemoroidalnymi.

Metody te mogą być skuteczne w początkowych stadiach choroby. W przypadku zaawansowanych żylaków odbytu najlepsze i najtrwalsze efekty daje leczenie operacyjne polegające na chirurgicznym usunięciu guzków krwawniczych.

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

Do możliwych powikłań po operacyjnym leczeniu żylaków odbytu należą:

- krwawienie z rany pooperacyjnej,
- zakażenie rany, ropień w okolicy odbytu,
- silne dolegliwości bólowe i obrzęk w okresie pooperacyjnym,
- trudności w oddawaniu moczu (zwłaszcza u mężczyzn w pierwszych dobach po zabiegu),
- zwężenie kanału odbytu w wyniku bliznowacenia,
- powstanie przetoki odbytu,
- nawrót żylaków,
- zaburzenia trzymania gazów lub stolca – zwykle przemijające, bardzo rzadko trwałe.

Większość powikłań występuje rzadko, a zabieg w większości przypadków prowadzi do ustąpienia dolegliwości i poprawy jakości życia pacjenta.



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 _____

Ryzyko powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Po prawidłowo przeprowadzonym zabiegu oraz przy stosowaniu się do zaleceń pooperacyjnych rokowanie jest na ogół bardzo dobre. U większości pacjentów dochodzi do ustąpienia dolegliwości związanych z chorobą hemoroidalną – krwawień, bólu, uczucia dyskomfortu – oraz poprawy jakości życia.

Do możliwych powikłań odległych należą:

- a) nawrót żylaków odbytu,
- b) przewlekłe dolegliwości bólowe lub uczucie dyskomfortu w okolicy odbytu,
- c) zwężenie kanału odbytu wskutek bliznowacenia,
- d) przetoka odbytu,
- e) rzadko – trwałe zaburzenia trzymania gazów lub stolca.

Ogólnie operacyjne leczenie żylaków odbytu należy do metod skutecznych i daje wysokie szanse na trwałe wyleczenie lub znaczną poprawę stanu zdrowia pacjenta.

Ryzyko odległych powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z leczenia operacyjnego żylaków odbytu może prowadzić do utrzymywania się i stopniowego nasilania dolegliwości, takich jak krwawienia z odbytu, ból, świąd i uczucie dyskomfortu. Nawracające lub przewlekłe krwawienia mogą skutkować niedokrwistością wymagającą leczenia.

Nieleczona choroba hemoroidalna może powodować zakrzepicę guzków krwawniczych, przewlekłe stany zapalne, świąd i nadżerki skóry w okolicy odbytu, a w zaawansowanych przypadkach – wypadanie żylaków odbytu na zewnątrz.

W dalszej perspektywie grozi to przewlekłym bólem, znacznym pogorszeniem komfortu życia i koniecznością bardziej rozległych 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 ŻYŁAKÓW ODBYTU

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej operacji żyłaków 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 żylaków 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 żylaków 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 żylaków 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 żylaków 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 sadu opiekuńczego **na przeprowadzenie operacji żylaków 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

pieczętka i podpis lekarza