



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 PRZETOKI OKOŁOODBYTNICZEJ

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Przetoka odbytu jest to choroba zapalna, polegająca na wytworzeniu się kanału między odbytem a skórą okolicy odbytu. Okolica zmienionego zapalnie gruczołu odbytowego w kanale odbytu jest najczęściej miejscem otworu wewnętrznego przetoki, a miejsce ujścia przetoki na skórze otworem zewnętrznym. Kanał przetoki, przechodzi przez mięśnie zwieracze na różnej wysokości i dlatego przetoka prawie zawsze osłabia zwieracze. Kanał przetoki przebiega najczęściej w miejscu, gdzie był ropień i z tego powodu często otwór zewnętrzny znajduje się w bliźnie po nacięciu ropnia. Przyczyną przetoki, podobnie jak ropnia odbytu jest infekcja bakteryjna gruczołów, które znajdują się w kanale odbytu. Ropień i przetoka to różne stadia tej samej choroby (ropień jest ostrą fazą, przetoka przewlekłą).

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Operacja przeprowadzana jest w **znieczuleniu dożylnym, przewodowym lub ogólnym** (dokładnych informacji na temat znieczulenia i możliwych jego powikłań udzieli lekarz anestezjolog podczas badania). Pierwszym etapem zabiegu jest dokładna kontrola odbytnicy i okolicy okołoodbytniczej. Po odnalezieniu otworu zewnętrznego kanału przetoki, operujący będą się starali odnaleźć jej otwór wewnętrzny i odnaleźć wszystkie kanały przetoki. W zależności od przebiegu kanału przetoki podjęta będzie decyzja co do wyboru optymalnego rodzaju operacji. Jeśli kanał przetoki biegnie tuż pod skórą może być wycięty w całości lub rozcięty. W przypadkach kiedy kanał przebiega głębiej i przez mięsień zwieracz zewnętrzny wtedy do jego światła zostanie założona nić, która będzie musiała tam pozostać na okres od kilku tygodni do kilku/kilkunastu miesięcy. Ponadto część przetoki od strony skóry zostanie wycięta. W przypadku większej ilości ujść zewnętrznych lub kanałów przetok konieczne będzie założenie większej ilości nici drenujących lub drenów. W przypadku głębokich przetok okołoodbytniczych konieczne bywa założenie drenów w okolicę odbytu (również na okres kilku/kilkunastu tygodni). Przypadki przetok złożonych (bardziej skomplikowanych) mogą być leczone poprzez wykonanie operacji zamknięcia ujść przetoki przy pomocy przesuniętego płata skórniego lub śluzówkowego. Okres gojenia się miejsc operowanych może być w przypadku tej choroby bardzo długi, dłuższy niż przedstawiony powyżej czas pozostawienia nici lub drenów w kanałach przetoki. Należy również zaznaczyć iż leczenie przetok okołoodbytniczych jest często wieloetapowe, tzn. zachodzi konieczność rozłożenia poszczególnych etapów leczenia na kilka zabiegów operacyjnych.

Zabieg operacyjny nie przebiega identycznie u każdego chorego. Zależy to od jego budowy anatomicznej, przebiegu kanałów przetok okołoodbytniczych i chorób współistniejących oraz od jego stanu ogólnego. 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.

Do najważniejszych korzyści leczenia operacyjnego należy: usunięcie przewlekłego źródła infekcji, zmniejszenie bólu i dyskomfortu, zapobieganie nawrotowym ropniom, poprawa jakości życia.



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

III. Zalecenia pooperacyjne

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

Pielęgnacja rany, regularne zmiany opatrunków.

Dokładne podmywanie okolicy odbytu po każdym wypróżnieniu.

Dieta bogatoresztkowa z dużą ilością błonnika, warzyw, owoców, pełnoziarnistych produktów, odpowiednia podaż płynów (2–2,5 l/dobę).

Unikanie dużego wysiłku i dźwigania przez pierwsze 1–2 tygodnie.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

- Seton, polega na wprowadzeniu przez kanał przetoki gumki, nici lub drenu.
- FiLaC (fistula laser closure) – zamknięcie kanału przetoki światłem lasera diodowego.
- Stożek z kolagenu / biomateriału – wprowadzenie wypełniacza, który zamyka kanał przetoki i stymuluje gojenie.

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

Leczenie chirurgiczne przetoki okołoodbytniczej, mimo postępu technik operacyjnych, obarczone jest ryzykiem wystąpienia powikłań. Najczęściej obserwowane obejmują: nawrót przetoki jeden z najczęstszych problemów pooperacyjnych, występujący u 20–30% pacjentów, zakażenie rany pooperacyjnej, ropień wynika z naturalnej kolonizacji bakteryjnej okolicy odbytu, krwawienie zwykle niewielkie i samoograniczające się rzadko wymagające interwencji chirurgicznej, nietrzymanie gazów i stolca, jedno z najpoważniejszych powikłań związane z uszkodzeniem aparatu zwieraczowego, może obejmować nietrzymanie gazów, stolca płynnego, a w cięższych przypadkach również stolca uformowanego.

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

Rokowanie po operacji przetoki okołoodbytniczej zależy od rodzaju przetoki, zastosowanej metody leczenia oraz chorób



współistniejących. W przypadku prostych przetok międzyzwieraczowych skuteczność leczenia sięga 85–95%, przy niewielkim ryzyku trwałych powikłań. W przetokach złożonych, szczególnie wysoko przebiegających oraz związanych z chorobą Leśniowskiego-Crohna, ryzyko nawrotu i powikłań jest istotnie większe. Ponadto zaburzenia funkcji zwieraczy odbytu, zwężenie kanału odbytu, przewlekły ból lub dyskomfort w okolicy odbytu.

Ryzyko odległych powikłań ☐ małe ☐ średnie ☐ duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z leczenia chirurgicznego przetoki okołodbytniczej wiąże się z istotnym ryzykiem powikłań miejscowych i ogólnych. Przetoka jest zmianą przewlekłą, która nie ulega samoistnemu wyleczeniu, a pozostawiona bez interwencji prowadzi do postępu choroby.

Utrzymywanie się przetoki skutkuje nawracającymi stanami zapalnymi i tworzeniem ropni okołodbytniczych. Zakażenie może szerzyć się w głąb tkanek miednicy, prowadząc do ropowicy lub sepsy. Z czasem dochodzi do tworzenia rozgałęzionych, złożonych układów przetok trudniejszych do leczenia chirurgicznego i obarczonych wyższym ryzykiem powikłań. Przewlekły wyciek ropny, świąd, podrażnienie skóry i ból w okolicy odbytu prowadzą do istotnego dyskomfortu i pogorszenia jakości życia. Nielezione ropnie i przewlekłe zapalenie mogą uszkadzać aparat zwieraczowy, skutkując zaburzeniami trzymania stolca. Długo utrzymujące się, przewlekłe przetoki (zwłaszcza w przebiegu choroby Leśniowskiego-Crohna) obciążone są zwiększonym ryzykiem rozwoju raka gruczołowego odbytu.

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



IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanej OPERACJI PRZETOKI OKOŁOODBYTNICZEJ

W dniu ____/____/____/ lekarz

przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej operacji przetoki okołoodbytniczej**.

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



W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanej operacji przetoki okołodbytniczej.

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 przetoki okołodbytniczej.

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 przetoki okołodbytniczej. (Podanie uzasadnienia jest dobrowolne).

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



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/am o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej oraz udzieliłem/am odpowiedzi na jej/jego pytania. Poinformowałem/am 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 **operacji przetoki okołodbytniczej** 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 przetoki okołodbytniczej.**

(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