



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 RESEKCJI KRĘTNICZO-KĄTNICZEJ

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Choroba Crohna jest to przewlekła choroba zapalna przewodu pokarmowego, która może prowadzić do powstania zwężeń, guzów zapalnych, przetok, ropni, krwaków oraz nowotworów. Może ona dotyczyć każdego odcinka przewodu pokarmowego od ust do odbytu, a często pojawia się w wielu miejscach równocześnie. Zachorowanie może wystąpić w każdym wieku ale najczęściej chorują osoby pomiędzy drugą a trzecią dekadą życia. Przyczyna choroby Crohna jak dotąd nie została poznana. Obecnie podstawowym sposobem jej leczenia jest terapia farmakologiczna. Jednakże zastosowanie nawet najnowszych leków i tak może prowadzić do rozwoju powikłań wymagających leczenia chirurgicznego. W ciągu trwania choroby około 80% pacjentów wymaga leczenia chirurgicznego. Leczenie chirurgiczne jest zarezerwowane jedynie dla leczenia powikłań choroby Crohna. Lokalizacja zmian w tzw. lokalizacji typowej krętniczko-kątniczej (połączenia jelita cienkiego z grubym) może przebiegać w formie wytworzenia tzw. guza zapalnego, który też może być przyczyną niedrożności, ropni, przetok jelitowych. W sytuacji ich występowania i braku dostatecznej poprawy na leczeniu farmakologicznym, wskazane jest wykonanie operacji.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Zabieg wycięcia okolicy krętniczko-kątniczej to operacja przeprowadzana **w znieczuleniu ogólnym**. Zabieg może trwać około 2-4 godzin. Podłączona zostanie do Pani/Pana aparatura medyczna monitorująca parametry życiowe (ciśnienie tętnicze, EKG, saturacja krwi). Miejsce operowane zostanie wyjałowione oraz przykryte jałowymi serwetami. Po nacięciu skóry brzucha zostanie nacięta skóra. Długość i lokalizacja nacięcia zależą od zakresu planowanej operacji. Najczęściej to nacięcie w dole brzucha po stronie prawej lub pośrodkowo. W wyszczególnionych przypadkach istnieje możliwość wykonania zabiegu laparoskopowo. Wykonywane są wtedy 3 lub 4 cm nacięcia skóry i jedno dłuższe poprzeczne nad spojeniem łonowym lub podłużne bocznie po stronie prawej. Po uzyskaniu dostępu do jamy brzusznej wykonywane jest wycięcie zmienionego zapalnie fragmentu jelita. Następnie w sprzyjających warunkach wykonywane jest zespolenie jelita cienkiego z jelitem grubym, celem zachowania ciągłości przewodu pokarmowego. Zespolenie może być wykonane ręcznie lub staplerem (zszywkami mechanicznymi). O technice wykonania zespolenia decyduje chirurg w zależności od warunków śródoperacyjnych. W przypadku nasilonych zmian zapalnych, obecności ropnych zmian w jamie brzusznej, zaawansowanej niedrożności lub gdy stan ogólny pacjenta i przyjmowane leczenie stanowią duże ryzyko zaburzeń gojenia zespolenia, chirurg decyduje o wyłonieniu jelita w powłokach jamy brzusznej tzw. stomii.

W zależności od indywidualnej sytuacji, najczęściej stomia może być zamknięta z odtworzeniem ciągłości przewodu pokarmowego gdy nastąpi poprawa stanu ogólnego, zmniejszenie nasilenia stanu zapalnego i remisja choroby, najczęściej nie wcześniej niż po 3-6 miesiącach. W niektórych przypadkach stomia może pozostać wyłonią do końca życia. Po zabiegu pacjent pozostaje przez około dobę na sali monitorowanej. Gdy jego stan jest stabilny, po obserwacji zostaje przekazany na salę ogólną i uruchamiany z pomocą rehabilitantów. Dieta doustna jest wdrażana indywidualnie, niekiedy pacjenci otrzymują żywienie pozajelitowe. Dalszy pobyt w szpitalu zależy od gojenia się rany, stanu chorego i ewentualnej konieczności wprowadzenia zmian w leczeniu. Najczęściej wypis do domu następuje po około 7-10 dniach po zabiegu.

Oczekiwane korzyści zabiegu to ustąpienie pod/niedrożności przewodu pokarmowego i zmniejszenie nasilenia objawów choroby z tym związanych oraz uzyskanie remisji choroby zapalnej.



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

III. Zalecenia pooperacyjne

Po operacji konieczna będzie kontrola ambulatoryjna w Poradni Chirurgicznej. W przypadkach niepowikłanego gojenia rany pooperacyjnej, szwy skórne usuwane są po ok 14 dniach. Wskazane będzie ograniczenie aktywności fizycznej, w szczególności unikania dźwigania, przez minimum miesiąc po zabiegu, celem zmniejszenia ryzyka wytworzenia przepuklin pooperacyjnych. Wskazane będzie stosowanie diety lekkostrawnej i suplementacji białkowej (w postaci doustnych preparatów). W razie wyłonienia stomii, w trakcie pobytu przeprowadzone będzie szkolenie z opieki stomijnej.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

W określonych, mniej licznych przypadkach (związanych głównie z lokalizacją ropnia wewnątrztrzewnowego) istnieje możliwość przezskórnego nakłucia i drenażu ropnia pod kontrolą ultrasonografii lub tomografii komputerowej.

Część przypadków zwężenia jelita może być rozszerzana endoskopowo.

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

Zabieg operacyjny nie przebiega identycznie u każdego chorego. Zależy to od jego budowy anatomicznej, stanu odżywienia, stopnia zaawansowania choroby podstawowej 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.

Wśród powikłań związanych z zabiegiem operacyjnym należy wymienić: niezamierzone uszkodzenie narządów jamy brzusznej (np. przyległych pętli jelitowych, nerwów, naczyń krwionośnych, moczowodów, pęcherza moczowego), ryzyko powikłania wzrasta przy zaburzonych stosunkach anatomicznych, u chorych, którzy poprzednio przebyli zabiegi operacyjne w obrębie jamy brzusznej lub w przypadku otyłości, rozejście się zespolenia jelit, mogące prowadzić do zapalenia otrzewnej, konieczności ponownej operacji i wyłonienia stomii, ropień wewnątrzbrzuszny, pooperacyjna niedrożność jelit, zespół krótkiego jelita kiedy konieczne jest wycięcie znacznego odcinka jelita cienkiego i pozostawiony fragment jest niedostateczny dla efektywnego wchłaniania i odżywiania się metodami doustnymi, jest to powikłanie poważne, związane ze szczególnie ciężkimi przypadkami choroby i może się wiązać z koniecznością stosowania żywienia pozajelitowego w warunkach domowych, krwawienie do jamy brzusznej, zakażenie rany pooperacyjnej co prowadzi do jej przedłużonego gojenia a czasem jej rozejścia, rozejście rany pooperacyjnej w obrębie tkanek głębokich, wymagające powtórzonego zszycia operacyjnego, krwawienie z przewodu pokarmowego, biegunki będące konsekwencją znacznego skrócenia jelita grubego, uszkodzenia skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny, tworzenie się zakrzepów w żyłach obwodowych i zamknięcie naczynia krwionośnego przez wędrującą skrzeplinę (może to się objawiać np. zatorom tętnicy płucnej).

Poza powikłaniami związanymi z zabiegiem operacyjnym mogą wystąpić różne komplikacje związane z długotrwałym znieczuleniem jak i z chorobami współistniejącymi (zaburzenia rytmu serca, zawał serca, udar mózgu, zatorowość



płucna, pooperacyjna niewydolność oddechowa, ostra niewydolność nerek, zakażenia układu moczowego).

Wymienione powikłania mogą wymagać kolejnych operacji lub leczenia zabiegowego i w szczególnie ciężkich przypadkach mogą być przyczyną śmierci.

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

Prognoza pooperacyjna jest niepewna ponieważ nie można zagwarantować pełnego powodzenia operacji dla każdego bez wyjątku. W sytuacji lokalizacji choroby jedynie w tzw. odcinku typowym, istnieją doniesienia naukowe o długotrwałej remisji po zastosowaniu leczenia operacyjnego. Nie jest jednak pewne, czy wystąpi to w Pani/Pana przypadku. Charakter choroby Crohna oznacza, że leczenie operacyjne nie jest nigdy leczeniem przyczynowym, choroba może zatem przebiegać z okresami zaostrzeń, remisji, z nawrotami w różnych odcinkach przewodu pokarmowego.

Do powikłań odległych należą: zbyt duże i przeszkadzające blizny, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub komplikacji w procesie gojenia, zrosty w jamie brzusznej, które nawet po latach mogą doprowadzić do niedrożności jelit, przepukliny brzuszne w miejscu rany pooperacyjnej, wirusowe zapalenie wątroby typu C i B (nie dotyczy chorych szczepionych na wzv B), zespół krótkiego jelita, kiedy konieczne jest wycięcie kilku fragmentów jelita cienkiego a pozostawiona jego część nie zapewnia możliwości wchłaniania pokarmu w odpowiedniej ilości.

Powikłanie to może wiązać się z koniecznością stosowania przez Panią/Pana leczenia żywieniowego, w tym żywienia pozajelitowego do końca życia.

Ryzyko odległych powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

W sytuacji istnienia wskazań do leczenia chirurgicznego w chorobie Crohna, rezygnacja z takiego leczenia może prowadzić do ciężkich następstw, mogących prowadzić do śmierci. Nasilony stan zapalny oraz obecność ropni w jamie brzusznej w szczególności może prowadzić do rozwoju zakażenia ogólnoustrojowego (sepsa) i niewydolności wielonarządowej. Przewlekła niedrożność przewodu pokarmowego może prowadzić do uporczywych dolegliwości bólowych, wymiotów, odwodnienia i w dalszym okresie niedożywienia i wyniszczenia.

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



IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanej operacji RESEKCJI KRĘTNICZO-KĄTNICZEJ

W dniu ____/____/____/ lekarz

przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej operacji resekcji krętniczo-kątniczej**.

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



W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanej operacji resekcji krętniczo-kątniczej.

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 resekcji krętniczo-kątniczej.

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 resekcji krętniczo-kątniczej. (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 resekcji krętniczo-kątniczej** 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 resekcji krętniczo-kątniczej.**

(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