*(*niepotrzebne skreślić)*

Imię i nazwisko …….

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego ……

Data urodzenia/PESEL ……

INFORMACJA DLA PACJENTA

1. Nazwa procedury medycznej lub zabiegu

OPERACJA PRZETOKI OKOŁOODBYTNICZEJ W PRZEBIEGU CHOROBY LEŚNIOWSKIEGO-CROHNA

2. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Przyczyną kwalifikacji do operacji, którą proponujemy Pani/Panu jest:

……..
(wpisać rodzaj choroby i lokalizację zmiany)

…….

Rozpoznano u Pana/Pani* przetokę okołoodbytniczą w przebiegu choroby Leśniowskiego- Crohna.
Jest to nieprawidłowy kanał łączący światło odbytu ze skórą okolicy krocza. Typowymi objawami tej choroby są: wyciek treści ropnej z okolicy odbytu oraz świąd i pieczenie skóry okolicy odbytu. W przypadku zarośnięcia się otworu zewnętrznego przetoki dochodzi do powstania ropnia okołoodbytniczego (bolesnego wygórowania skóry okolicy krocza, często z towarzyszącą gorączką), którego leczenie wymaga szybkiej interwencji chirurgicznej. Nawrotowe ropnie i przetoki okołoodbytnicze są typowe dla choroby Leśniowskiego-Crohna.

3. Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Operacja przeprowadzana jest w znieczuleniu ogólnym dożylnym lub przewodowym (dokładnych informacji na temat znieczulenia i możliwych jego powikłaniach udzieli lekarz anestezjolog podczas badania). Po ułożeniu chorego w pozycji umożliwiającej pełną ocenę okolicy odbytu dokładnie bada się tę okolicę. Po zlokalizowaniu ujścia/ujść zewnętrznego/zewnętrznych kanału przetoki, odnajduje się ujście wewnętrzne przetoki w odbytnicy lub w odbycie. W zależności od przebiegu kanału przetoki rozcinamy go lub, częściej zakładamy do niego nić drenującą. Jest to konieczne w przypadku przetok obejmujących większy fragment mięśni zwieraczy odbytu odpowiedzialnych za trzymanie stolca i gazów. W przypadku większej ilości ujść zewnętrznych przetok konieczne jest założenie większej ilości nici drenujących lub drenów. W przypadku głębokich przetok okołodobytniczych konieczne bywa założenie drenów w okolicę odbytu. Z uwagi na współistnienie choroby Leśniowskiego-Crohna celem leczenia operacyjnego jest zapewnienie odpowiedniego drenażu kanału przetoki i ograniczenie ryzyka powstania ropnia okołoodbytniczego oraz uszkodzenia aparatu zwieraczowego. W dużej części przypadków pełne wygojenie przetoki chorobie Leśniowskiego-Crohna jest niemożliwe.

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.

4. Opis innych dostępnych metod leczenia

Metodą uzupełniającą leczenie chirurgiczne jest terapia farmakologiczna. Poza standardowym leczeniem przeciwzapalnym opartym na preparatach kwasu 5-aminosalicylowego (sulfasalazyna, mesalazyna) oraz kortykosteroidach istnieje możliwość terapii biologicznej – dożylnie podawanych preparatach zmniejszających odpowiedź zapalną organizmu. Jest to metoda skuteczna w wyselekcjonowanych grupach pacjentów. U większości chorych dochodzi do nasilenia objawów choroby po zakończeniu terapii. Dodatkowo leczenie to wiąże się z szeregiem innych powikłań. Dodatkowe informacje na temat różnych metod leczenia przetok w chorobie Leśniowskiego-Crohna udzieli Pani/Panu lekarz prowadzący.

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

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. Choroba Leśniowskiego-Crohna jest dodatkowym czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia powikłań.
Do powikłań tych należą:

- krwawienia śródoperacyjne i pooperacyjne, niekiedy wymagające założenia setonu do kanału przetoki lub ponownej operacji;
- uszkodzenie zwieraczy odbytu. Ryzyko takiego uszkodzenia wzrasta w przypadku operacji nawrotowych przetok okołoodbytniczych oraz przetok głęboko penetrujących do miednicy mniejszej;
- uszkodzenia lub oparzenia skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny stosowane podczas zabiegu;
- infekcje innych układów, w szczególności układu moczowego;
- wystąpienie zakażenia tkanek okolicy krocza wymagającego przedłużonego leczenia antybiotykami i lekami przeciwzapalnymi. W przypadku nasilonego odczynu zapalnego niepoddającego się leczeniu farmakologicznemu zachodzi konieczność ponownej operacji polegającej na nacięciu i drenażu okolicy krocza;
- powikłania związane z zakładaniem i obecnością wkłuć dożylnych (miejscowa infekcja, krwiak, obrzęk, zakażenie wkłucia);
- powikłania związane ze znieczuleniem przewodowym – zaburzenia oddawania moczu, wymagające założenia cewnika do pęcherza moczowego, bóle głowy i odcinka lędźwiowego kręgosłupa;
- powikłania ze strony układu krążenia – nasilenie niewydolności krążenia, zaburzenia rytmu serca, niedokrwienie mięśnia sercowego;
- alergie na leki stosowane w okresie okołooperacyjnym – szczególnie leki stosowane podczas znieczulenia, antybiotyki oraz środki przeciwbólowe;
- nietrzymanie stolca na skutek uszkodzenia zwieraczy odbytu. Powikłanie to występuje znamiennie częściej u chorych po wcześniejszych operacjach proktologicznych oraz u pacjentek po przebytych porodach:
- duże i zniekształcające blizny okolicy krocza, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub powikłań w procesie gojenia;
- zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B i C (tzw. żółtaczki zakaźnej) lub HIV;
- zwężenie kanału odbytu utrudniające prawidłowe oddawanie stolca;
- uszkodzenia gałązek nerwów skórnych, powodujące czasowe lub stałe zaburzenia czucia okolicy blizny pooperacyjnej.

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.

*(*niepotrzebne skreślić)*

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

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

……

……

……

7. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Po zabiegu pozostaje Pani/Pan zazwyczaj w sali pooperacyjnej (zazwyczaj kilka godzin po operacji), 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 będzie Pani/Pan przetransportowana do oddziału chirurgii. Po operacji będzie Pani/Pan odczuwać dolegliwości bólowe związane z raną pooperacyjną, mogą także wystąpić nudności i wymioty. W okresie pooperacyjnym należy spodziewać się również zwiększenia ilości wypływającej treści ze zdrenowanego kanału przetoki. Konieczne jest również wykonywanie nasiadówek ze środków odkażających okolicę odbytu – szczegółowe informacje na ten temat będą przedstawione przez lekarza prowadzącego po zabiegu operacyjnym. Czas pobytu w szpitalu uzależniony jest od rodzaju przeprowadzonego zabiegu operacyjnego. Dalsza opieka pooperacyjna sprawowana jest ambulatoryjnie. Częstotliwość wizyt ustala lekarz opiekujący się Panią/Panem w poradni. 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.

8. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z proponowanego leczenia wiąże się z brakiem możliwości wyleczenia przetoki okołoodbytniczej. Nieleczona przetoka okołoodbytnicza w znacznym stopniu upośledza komfort życia chorego. Zaniechania leczenia prowadzi najczęściej do pogorszenia stanu miejscowego w następstwie powiększania się przetoki (zwiększenia liczby jej kanałów i ujść zewnętrznych). W przypadku nieleczonych przetok w przebiegu choroby Leśniowskiego-Crohna istnieje ryzyko rozwinięcia się ropowicy krocza.
Może to skutkować koniecznością amputacji odbytnicy oraz wyłonieniem odbytu sztucznego na powłokach jamy brzusznej.

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.

*(*niepotrzebne skreślić)*

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez lekarza …… w sposób wyczerpujący i niebudzący moich wątpliwości o celu, rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu oraz możliwych do przewidzenia wiążących się z nim ryzykach dla zdrowia i życia, w tym ryzykach rzadko występujących, innych możliwych metodach leczenia, jak również o efekcie, jakiego mogę się spodziewać, jeżeli zabieg przebiegać będzie bez zakłóceń, jak również w przypadku, gdy w trakcie zabiegu pojawią się okoliczności nieprzewidziane.

Oświadczam, że udzieliłem/am pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, w tym informacji o chorobach przewlekłych, przebiegu dotychczasowego leczenia i przyjmowanych lekach.

Stwierdzam, że uzyskałem/am wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Zapoznałem/am się i zrozumiałem/am informacje zawarte w niniejszej zgodzie. Oświadczam, że jestem wystarczająco poinformowana/ny. Rozumiem ryzyko związane z tym zabiegiem i zgadzam się na jego wykonanie. Jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualną zmianę pierwotnie ustalonego zakresu zabiegu operacyjnego polegającą na jego zmniejszeniu lub rozszerzeniu, jeśli będzie to uzasadnione wystąpieniem nieprzewidzianych okoliczności lub koniecznością dostosowania jego zakresu do stwierdzonych śródoperacyjnie zmian chorobowych.

Wyrażam zgodę na wykonanie OPERACJI PRZETOKI OKOŁOODBYTNICZEJ W PRZEBIEGU CHOROBY LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA

Data i godzina oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data i godzina. Podpis oraz pieczątka lekarza	

Sprzeciw pacjenta

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny. Zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Data i godzina oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data i godzina, podpis oraz pieczątka lekarza	

Podpisanie formularza przez pacjentkę/pacjenta nie jest możliwe z powodu:

……..

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.