*(*niepotrzebne skreślić)*

Imię i nazwisko …….

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego ……

Data urodzenia/PESEL ……

INFORMACJA DLA PACJENTA

1. Nazwa procedury medycznej lub zabiegu

OPERACJA WYCIĘCIA KŁYKCIN KOŃCZYSTYCH

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* kłykciny kończyste, których przyczyną powstania jest zakażenie wirusowe skóry. Choroba ta może objawiać się pojedynczymi lub bardzo licznymi niewielkimi grudkami (naroślami) w okolicach odbytu, krocza i/lub narządów płciowych. W przypadku większego zaawansowania choroby, kłykciny mogą przekształcać się w duże, „kalafiorowate" zmiany (guzy) głęboko naciekające tkanki mogące ulegać zezłośliwieniu (guzy BuschkeLoewensteina). Kłykciny mogą powodować pieczenie, świąd i uczucie wilgotności skóry, a niekiedy nieznaczny ból. Sporadycznie, mogą również powodować niewielkie krwawienia.

3. Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Operacja przeprowadzana jest w znieczuleniu ogólnym (dokładnych informacji na temat znieczulenia i możliwych jego powikłaniach udzieli lekarz anestezjolog podczas badania). Planowany u Pani/Pana zabieg polega na wycięciu powstałych zmian przy użyciu elektrokoagulacji lub noża chirurgicznego. Należy nadmienić, że w części przypadków zmiany mogą nawracać, co związane jest z utrzymywaniem się infekcji wirusowej. Nie można, więc wykluczyć w przyszłości konieczności ponownego wykonywania zabiegu chirurgicznego z tej przyczyny. Ponadto w przypadku rozległych zmian chorobowych może wystąpić konieczność leczenia kilkuetapowego. Jednak w przeważającej części przypadków zabieg wykonuje się jednorazowo z pełnym efektem wyleczenia.

4. Opis innych dostępnych metod leczenia

Możliwe jest leczenie mniejszych zmian sposobami zachowawczymi: miejscowe stosowanie maści ze środkami hamującymi podziały komórkowe, np.: krem zawierający podofilotoksynę lub jej alkoholowy roztwór.

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)*

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, 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.
Do powikłań tych należą:

- krwawienia śródoperacyjne i pooperacyjne, niekiedy wymagające przetoczenia krwi lub ponownej operacji;
- uszkodzenie innych narządów;
- przedłużone gojenie się rany, zaburzenia gojenia rany, wymagające ponownej interwencji chirurgicznej, wydłużenia czasu hospitalizacji, gorszego efektu kosmetycznego;
- infekcje innych układów, w szczególności układu moczowego oraz oddechowego;
- powikłania związane z zakładaniem i obecnością wkłuć dożylnych (miejscowa infekcja, krwiak, obrzęk, zakażenie wkłucia);
- tworzenie się zakrzepów w układzie żylnym, co zagraża: zakrzepicą naczyń kończyn dolnych, naczyń jamy brzusznej, a w przypadku oderwania zakrzepu zatorem tętnicy płucnej, lub mikrozatorowością płuc;
- powstawanie zatorów tętnic, które mogą spowodować między innymi zawał serca, udar mózgu, lub zamknięcie innych tętnic obwodowych;
- powikłania ze strony układu krążenia – nasilenie niewydolności krążenia, zaburzenia rytmu serca, niedokrwienie mięśnia sercowego;
- uszkodzenia lub oparzenia skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny stosowane podczas zabiegu;
- alergie na leki stosowane w okresie okołooperacyjnym – szczególnie leki stosowane podczas znieczulenia, antybiotyki oraz środki przeciwbólowe;
- duże i zniekształcające blizny, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub powikłań w procesie gojenia;
- zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B i C (tzw. żółtaczki zakaźnej) lub wirusem HIV;
- uszkodzenia gałązek nerwów skórnych, powodujące czasowe lub stałe zaburzenia czucia okolicy blizny pooperacyjnej.

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

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

……..

……..

…….

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.

7. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Po zabiegu pozostaje Pani/Pan zazwyczaj w sali pooperacyjnej, 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. Przeprowadzona operacja może wymagać podawania płynów dożylnie. Czas podawania płynów i włączenia diety doustnej uzależniony jest od przebiegu pooperacyjnego. Decyzja o rozpoczęciu żywienia doustnego jest podejmowana przez lekarza prowadzącego. Po operacji będzie Pani/Pan odczuwać dolegliwości bólowe związane z raną pooperacyjną, mogą także wystąpić nudności i wymioty. Około 1-2 doby po zabiegu będzie Pani/Pan wypisana do domu. 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 dużym prawdopodobieństwem dalszego rozwoju choroby. Możliwe jest rozprzestrzenianie się zmian chorobowych na coraz rozleglejsze obszary skóry oraz powstanie przewlekłych kłykcin Buschkego-Loewenstein, które cechuje wieloletni przebieg z niszczeniem i naciekaniem okolicznych tkanek, jak również zwiększone ryzyko rozwoju raka. Należy mieć świadomość, iż istnieje duże ryzyko zarażenia wirusem HPV partnera seksualnego, który powinien być także przebadany w celu potwierdzenia lub wykluczenia infekcji HPV.

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 WYCIĘCIA KŁYKCIN KOŃCZYSTYCH

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.