*(*niepotrzebne skreślić)*

Imię i nazwisko …….

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego ……

Data urodzenia/PESEL ……

INFORMACJA DLA PACJENTA

1. Nazwa procedury medycznej lub zabiegu

WYCIĘCIE GUZKÓW KRWAWNICZYCH (HEMOROIDÓW)

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* chorobę hemoroidalną (guzki krwawnicze, hemoroidy). Hemoroidy są to poszerzone sploty żylne okolicy odbytu, przyjmujące najczęściej postać guzków. Bezpośrednią przyczyną powstawania hemoroidów jest utrudniony odpływ krwi żylnej ze splotu odbytniczego, prowadzący do jego poszerzenia. Przyczyną powstawania guzków krwawniczych odbytu są głównie przewlekłe zaparcia, siedzący tryb życia, ciąża. Najczęstsze objawy tej choroby to: krwawienie świeżą, jasnoczerwoną krwią, pojawiającą się na powierzchni stolca. W okolicach odbytu mogą pojawić się łatwo wyczuwalne, czasem bolesne guzki.

3. Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Operacja przeprowadzana jest w znieczuleniu krótkotrwałym dożylnym lub podpajęczynówkowym. Dokładnych informacji na temat znieczulenia i możliwych jego powikłań udzieli lekarz anestezjolog podczas badania. Najczęściej stosowanymi metodami leczenia operacyjnego guzków krwawniczych są operacje sposobem Milligana - Morgana, Fergusona lub Parksa. Polegają ona na wypreparowaniu i wycięciu chorobowo zmienionych guzków. Rany po wycięciu hemoroidów, w zależności od metody zaszywa się całkowicie, częściowo albo w ogóle.

4. Opis innych dostępnych metod leczenia

Istnieje również możliwość wycięcia hemoroidów przy użyciu jednorazowego urządzenia- staplera, które częściowo wycina wypadającą z odbytu błonę śluzową i podwiesza powiększone hemoroidy w odbytnicy wykonując jednocześnie szew mechaniczny w miejscu wycięcia. W ten sposób uzyskuje się częściowe przecięcie naczyń doprowadzających krew do hemoroidów i ich stopniowe zanikanie (jest to tzw. metoda Longo). Inne metody stosowane w leczeniu choroby hemoroidalnej to: - leczenie zachowawcze

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.

z zastosowaniu różnych preparatów o działaniu przeciwzapalnym, obkurczającym błonę śluzową (przeciwobrzękowym), przeciwbólowym, przeciwświądowym i zmieniających napływ krwi do miednicy mniejszej, - metody zabiegowe: zakładanie gumowych podwiązek, krioterapia (zamrażanie), waporyzacja (odparowywanie) i podkłuwanie naczyń doprowadzających krew do splotów hemoroidalnych (metoda DGHL).

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

Zabieg operacyjny nie przebiega identycznie u każdego chorego. Zależy to od wielu czynników. Między innymi od wielkości guzków krwawniczych, od tego czy operacja jest przeprowadzana pierwszy raz czy mamy do czynienia z nawrotem choroby. 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:

- ból pooperacyjny;
- krwawienia śródoperacyjne i pooperacyjne, niekiedy wymagające przetoczenia krwi lub ponownej operacji;
- przedłużone krwawienie, po 7-16 dniach od zabiegu;
- 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;
- zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B i C (tzw. żółtaczki zakaźnej) lub wirusem HIV;
- zakażenia rany;
- obrzęk okolicy odbytu;
- zakrzepica przyodbytowego splotu żylnego;
- zakażenie układu moczowego;
- uciążliwe krótkotrwałe zaparcia;
- trudności z oddaniem moczu;
- powikłania związane z zakładaniem i obecnością wkłuć dożylnych (miejscowa infekcja, krwiak, obrzęk, zakażenie wkłucia);
- nietrzymanie stolca;
- zwężenie odbytu;
- zaburzenia oddawania stolca gazów;
- szczelina odbytu;
- nawrót hemoroidów;
- nietrzymanie stolca.

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 przewieziona na salę ogólną zazwyczaj po krótkotrwałym pobycie 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. Po operacji będzie Pani/Pan odczuwać dolegliwości bólowe związane z raną pooperacyjną, mogą także wystąpić nudności i wymioty. Najczęściej pacjent wypisywany jest ze szpitala po kilku godzinach od operacji lub w 1-2 dobie pooperacyjnej. 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 ze zwiększonym ryzykiem przewlekłego krwawienia, a u części chorych nawet z krwotokiem z dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Przewlekające się krwawienia z hemoroidów mogą z czasem doprowadzić do niedokrwistości. Nieleczone hemoroidy mogą ulec wypadnięciu i zakrzepicy, co wiąże się z silnym, nieustępującym bólem okolicy odbytu, dużym obrzękiem okolicy około odbytniczej i koniecznością operacją w trybie pilnym. Ponadto wypadanie hemoroidów i ich pozostawanie na zewnątrz może doprowadzić do przewlekle utrzymujących się stanów zapalnych okolicy odbytu ograniczających w znacznym stopni prawidłowe funkcjonowanie społeczno – zawodowe.

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 GUZKÓW KRWAWNICZYCH (HEMOROIDÓW)

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.