*(*niepotrzebne skreślić)*

Imię i nazwisko …….

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego ……

Data urodzenia/PESEL ……

INFORMACJA DLA PACJENTKI

1. **Nazwa procedury medycznej lub zabiegu**

OPERACJA UCHYŁKA ODBYTNICZO- POCHWOWEGO (RECTOCELE).

2. **Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjentki**

Przyczyną kwalifikacji do operacji, którą proponujemy Pani jest:
……
……
(wpisać rodzaj choroby i lokalizację zmiany)

Rozpoznano u Pani łagodne schorzenie, jakim jest uwypuklenie ściany odbytnicy w kierunku pochwy, prowadzące do zmian anatomicznych i czynnościowych w przewodzie pokarmowym, zwane jako uchyłek odbytniczo-pochowy (rektocele). Najczęściej występuje przedni uchyłek, któremu towarzyszą zmiany w obrębie przegrody odbytniczo-pochwowej. Główną dolegliwością jest utrudnione oddawanie stolca i jego zaleganie w uchyłku. Daje to uczucie zalegania stolca w pochwie, mogą także występować bóle w odbytnicy. Niejednokrotnie zachodzi potrzeba wprowadzania palca do pochwy w celu ułatwienia wydalenia mas kałowych.

3. **Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji**

Operacja przeprowadzana jest w znieczuleniu zewnątrzoponowym lub ogólnym (dokładnych informacji na temat znieczulenia udzieli lekarz anestezjolog podczas badania). Niekiedy konieczne jest założenie cewnika do pęcherza moczowego. Zabieg operacyjny można przeprowadzić od strony odbytnicy lub od strony pochwy. Operację wykonuje się częściej od strony odbytnicy i polega ona na wypreparowaniu i usunięciu nadmiaru błony śluzowej i wzmocnieniu przegrody odbytniczo-pochwowej za pomocą szwów. Zabieg od strony pochwy polega na wykonaniu plastyki pochwy oraz połączenia brzegów dźwigaczy odbytu.

4. **Opis innych dostępnych metod leczenia**

Jako wada anatomiczna, uchyłki odbytniczo-pochwowe wymagają leczenia chirurgicznego, gdyż leczenie zachowawcze jest nieskuteczne.

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

Zabieg operacyjny nie przebiega identycznie u każdej chorej. Zależy to od jej budowy anatomicznej, stopnia zaawansowania choroby podstawowej (wielkości uchyłka) i od chorób współistniejących oraz 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

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.

może dojść do wystąpienia powikłań.
Do najczęstszych powikłań zalicza się:

- krwawienia z miejsca założonych szwów, co może wymagać ponownej operacji;
- zakażenia rany pooperacyjnej na skutek infekcji, co prowadzi do przedłużonego gojenia rany, wydłużenia czasu hospitalizacji;
- 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;
- zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B i C (tzw. żółtaczki zakaźnej) lub wirusem HIV;

6. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjentki
(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentką)

……

……

7. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Po zabiegu pozostaje Pani zazwyczaj w sali pooperacyjnej (zazwyczaj od kilku do 24 godzin), 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 przetransportowana do oddziału chirurgii. Przeprowadzona operacja wymaga w pierwszych 2-3 dobach podawania płynów dożylnie, nie jest natomiast możliwe przyjmowanie płynów czy też pokarmów droga doustną. Po tym czasie zalecane jest jedynie przyjmowanie płynów doustnie przez kolejne kilka dni, ewentualnie z parafiną, co ma umożliwić właściwe gojenie się rany operacyjnej w miejscu założonych szwów i łatwiejsze wydalanie treści jelitowej. Decyzja o rozpoczęciu żywienia doustnego jest podejmowana przez lekarza prowadzącego. Z reguły zaczyna się od diety płynnej od około 5-7 doby po zabiegu, w kolejnych dniach dieta jest stopniowo rozszerzana. Po operacji będzie Pani odczuwać dolegliwości bólowe związane z raną pooperacyjną. Około 6-7 doby po zabiegu będzie Pani wypisana do domu. Dalsza opieka pooperacyjna sprawowana jest ambulatoryjnie. Częstotliwość wizyt ustala lekarz opiekujący się Panią w poradni.

Powyższy opis dotyczy niepowikłanego i standardowego przebiegu pooperacyjnego. Powinna Pani być świadoma, że operacja jest zawsze związana z ryzykiem powikłań. Nie można zatem z całą pewnością oczekiwać, że podczas leczenia operacyjnego lub po nim nie dojdzie do ich wystąpienia.

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)*

8. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z proponowanego leczenia wiąże się z brakiem możliwości korekty wady anatomicznej, jaką jest występowanie uchyłka odbytniczo-pochwowego. Może dochodzić do jego powiększania się i nasilenia istniejących już dolegliwości.

OŚWIADCZENIE PACJENTKI

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

Stwierdzam, że uzyskałam wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Zapoznałam się i zrozumiałam informacje zawarte w niniejszej zgodzie. Oświadczam, że jestem wystarczająco poinformowana. 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 OPERACJĘ UCHYŁKA ODBYTNICZO-POCHWOWEGO

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

Sprzeciw pacjentki
Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny. Zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

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

Podpisanie formularza przez pacjentkę 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.