*(*niepotrzebne skreślić)*

Imię i nazwisko …….

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego ……

Data urodzenia/PESEL ……

INFORMACJA DLA PACJENTA

1. **Nazwa procedury medycznej lub zabiegu**

WYCIĘCIE ZAKRZEPICY OKOŁOODBYTNICZEJ

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* zakrzep w guzku krwawniczym odbytu, który wymaga leczenia operacyjnego. Guzki krwawnicze (hemoroidy) to struktury naczyniowe występujące w kanale odbytu każdego zdrowego człowieka pod postacią pakietów naczyniowych wypełniających się krwią, pełniących pomocniczą rolę w kontrolowaniu procesu wypróżniania i oddawania gazów. O chorobie mówimy w przypadku, gdy stają się one nadmiernie powiększone, wskutek zaburzenia odpływu krwi i w zależności od ich umiejscowienia względem zwieraczy odbytu, dają określone objawy, takie jak: krwawienia podczas i po oddawaniu kału o różnym nasileniu, świąd i pieczenie w okolicy odbytu oraz w niektórych przypadkach dolegliwości bólowe i powstawanie skrzepów w splocie żylnym okołoodbytniczym. Hemoroidy umiejscawiają się na zewnątrz lub wewnątrz odbytu. Hemoroidy umiejscowione na zewnątrz są bardziej bolesne, z uwagi na to, że pokryte są anodermą, wyspecjalizowaną strukturą posiadającą bogate unerwienie czuciowe. Zakrzep w takim hemoroidzie zwykle objawia się nagłym powstaniem twardego, bolesnego ,,guzka" na zewnątrz odbytu. Sprawia on bardzo silne dolegliwości bólowe i utrudnia wypróżnianie, co w części przypadków wymaga szybkiej interwencji chirurgicznej w celu ustąpienia objawów.

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

Operacja przeprowadzana jest w znieczuleniu miejscowym, ogólnym lub przewodowym (dokładnych informacji na temat znieczulenia i możliwych jego powikłań udzieli lekarz anestezjolog podczas badania). Niekiedy konieczne jest cewnikowanie pęcherza moczowego. Planowany u Pani/Pana zabieg polega na nacięciu zakrzepłego hemoroidu, po ewentualnym, wcześniejszym ostrzyknięciu go roztworem środka znieczulającego lub obkurczającego naczynia krwionośne i usunięciu skrzepów krwi z jego światła. Wykonujący zabieg lekarz może zdecydować o usunięciu całego hemoroidu/hemoroidów, co daje lepsze wyniki leczenia, szybsze ustąpienie silnych dolegliwości bólowych i związane jest z rzadszym nawrotem podobnych dolegliwości. Po wycięciu guzka krwawniczego cała okolica odbytu zostanie sprawdzona pod kątem możliwości wystąpienia krwawienia, krwawiące naczynia zostaną zamknięte. Zostanie również sprawdzona drożność (szerokość) odbytu.

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

Ze względu na silne dolegliwości bólowe w ciągu pierwszych 72 godzin od wystąpienia objawów leczenie chirurgiczne jest najbardziej skutecznym sposobem leczenia. Stosowanie maści i czopków na zakrzepły guzek krwawniczy jest mniej skutecznym sposobem leczenia tego schorzenia i tylko u niewielu pacjentów prowadzi do szybkiego ustąpienia dolegliwości. Po 72 godzinach dochodzi do powolnego rozkładania się zakrzepłej krwi, co z czasem prowadzi do zmniejszania się objawów. Zabieg chirurgiczny jest wtedy leczeniem z wyboru dla pacjenta, gdyż różnice w natężeniu dolegliwości bólowych są indywidualne, a same dolegliwości mogą się utrzymywać jeszcze przez ok. 1 -2 tygodni.

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 (np. mięśni zwieraczy odbytu, co może prowadzić do zaburzenia kontroli oddawania stolca);
- całkowite lub częściowe rozejście się rany na skutek powikłań jej gojenia lub zaburzeń ukrwienia wymagające ponownej interwencji chirurgicznej;
- zakażenia rany pooperacyjnej na skutek infekcji, co prowadzi do przedłużonego gojenia rany, wydłużenia czasu hospitalizacji, gorszego efektu kosmetycznego i osłabienia blizny. Wszystkie operacje na jelicie grubym wiążą się z podwyższonym ryzykiem zakażenia rany pooperacyjnej przez bakterie znajdujące się w przewodzie pokarmowym;
- infekcje innych układów, w szczególności układu moczowego;
- powikłania związane z zakładaniem i obecnością wkłuć dożylnych (miejscowa infekcja, krwiak, obrzęk, zakażenie wkłucia);
- 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;
- 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;
- nadmierne zbliznowacenie okolicy odbytu prowadzące do jego zwężenia;
- uszkodzenia gałązek nerwów skórnych, powodujące czasowe lub stałe zaburzenia czucia okolicy blizny pooperacyjnej;
- obrzęk i zaczerwienie okolicy odbytu, w krótkim okresie po operacji.

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 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/Pan przetransportowana do oddziału chirurgii. Decyzja o rozpoczęciu żywienia doustnego jest podejmowana przez lekarza prowadzącego. Zwykle już od pierwszego dnia po operacji będzie można spożywać pokarmy i płyny. Po kontroli gojenia się rany 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 utrzymaniem silnych dolegliwości bólowych, znacząco obniżających jakość Pani/Pana życia. Czas trwania dolegliwości może wynosić nawet do 2 tygodni.
Istnieje także ryzyko martwicy błony śluzowej odbytnicy i tym samym znacznego przedłużenia czasu leczenia. Postępowanie zachowawcze jest mniej skuteczne w przypadku Pani/Pana choroby w porównaniu z zabiegiem operacyjnym i tylko u niewielkiej grupy pacjentów może znacząco zmniejszyć objawy powstałe w wyniku zakrzepu guzka krwawniczego.

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 ZABIEGU WYCIĘCIA ZAKRZEPICY OKOŁOODBYTNICZEJ

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.