*(*niepotrzebne skreślić)*

Imię i nazwisko …….

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego ……

Data urodzenia/PESEL ……

INFORMACJA DLA PACJENTA

1. **Nazwa procedury medycznej lub zabiegu**

WYTWORZENIE KOLOSTOMII DWULUFOWEJ (WYŁONIENIE STOMII NA JELICIE GRUBYM)

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* schorzenie wymagające wyłonienia stomii jelitowej (odbytu brzusznego) na jelicie grubym. Zabieg ten ma na celu:

☐ zmniejszenie dolegliwości związanych z chorobą podstawowa,

☐ poprawę warunków miejscowych przed dalszym planowanym leczeniem operacyjnym/radioterapią,

☐ stworzenie warunków do wyleczenia choroby podstawowej.

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 otwarciu jamy brzusznej zazwyczaj z pionowego cięcia pośrodku przedniej ściany jamy brzusznej lub z niewielkiego, poprzecznego cięcia w nadbrzuszu. Następnie jedna z części jelita grubego – esica lub poprzecznica (optymalny do wytworzenia stomii odcinek jelita grubego zostanie wybrany przez operatora w trakcie oceny śródoperacyjnej), po odpowiednim wypreparowaniu zostanie wyłoniona na zewnątrz przez otwór wycięty w powłoce jamy brzusznej. Wyłoniona część jelita zostanie przewieszona przez specjalną, plastykową poprzeczkę i przyszyta do skóry. Szwy ze stomii zwykle są usuwane w 8-10 dobie po operacji, a poprzeczka pomiędzy 9 a 12 dobą pooperacyjną. Wyłoniona część jelita będzie zaopatrywana specjalnym workiem gromadzącym wypływającą z jelita treść kałową. W zależności od zastosowanego systemu worków będzie Pan/Pani musiał/a je zmieniać od kilku razy dziennie do raz na kilka dni. Szczegółowych informacji na ten temat udzieli pielęgniarka stomijna, która będzie opiekowała się Panem/Panią w okresie pooperacyjnym i przeprowadzi Państwu szkolenie teoretyczne i praktyczne, w jaki sposób stosować sprzęt stomijny. Wypis ze szpitala nastąpi w chwili, gdy będzie Pani/Pan samodzielnie potrafił/a zaopatrywać stomię.

W związku z rozpoznaną chorobą podstawową istnieje/nie istnieje* u Pana/Pani możliwość zamknięcia kolostomii (odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego) w przyszłości.

4. **Opis innych dostępnych metod leczenia**

Wyłonienie stomii na jelicie grubym jest / nie jest* jedyną metoda leczenia operacyjnego Pana/Pani choroby.
Możliwe inne metody leczenia: .....
……

Operacja tego typu nie może być przeprowadzona inną techniką np. laparoskopową.

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.

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

Zabieg operacyjny nie przebiega identycznie u każdego chorego. Zależy przede wszystkim od wskazań do jego wykonania i dotychczas wykonanych zabiegów u chorego. Na przebieg zabiegu mają również wpływ budowa anatomiczna chorego, stanu jego odżywienia, choroby współistniejące. 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. innego odcinka jelita, śledziony, wątroby, moczowodu, nerwów, naczyń krwionośnych). Ryzyko takiego uszkodzenia wzrasta przy znacznej otyłości, przy zaburzonych stosunkach anatomicznych, po przebytych zabiegach operacyjnych w obrębie jamy brzusznej, lub w stanach zapalnych w jamie brzusznej;
- brak prawidłowego zrostu wyłonionego jelita z powłoką jamy brzusznej może powodować infekcję tkanek wokół stomii, wyciek treści jelitowej do jamy brzusznej prowadzące do zapalenia otrzewnej;
- zwężenie, wypadanie/uwięźnięcie, obrzęk, niedokrwienie stomii, oderwanie się jej od powłok z jej wpadnięciem do jamy otrzewnej i zaciekiem treści kałowej do jamy otrzewnej
- zakażenia rany pooperacyjnej, co prowadzi do przedłużonego gojenia rany, wydłużenia czasu hospitalizacji, gorszego efektu kosmetycznego i osłabienia blizny. Wszystkie operacje jelit, zwłaszcza jelita grubego, wiążą się z podwyższonym ryzykiem zakażenia rany pooperacyjnej i jamy otrzewnej przez bakterie znajdujące się w przewodzie pokarmowym;
- całkowite lub częściowe rozejście się rany na skutek powikłań jej gojenia lub zaburzeń ukrwienia wymagające ponownej interwencji chirurgicznej;
- 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 rany;
- zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B i C (tzw. żółtaczki zakaźnej) lub wirusem HIV;
- zrosty w jamie brzusznej, które nawet po latach mogą doprowadzić do niedrożności jelit;
- przedłużająca się pooperacyjna niedrożność porażenna jelit;
- biegunki będące konsekwencją skrócenia pasażu jelitowego;
- uszkodzenia gałązek nerwów skórnych, powodujące czasowe lub stałe zaburzenia czucia okolicy blizny pooperacyjnej;
- powstanie przepukliny pooperacyjnej; zarówno w obrębie rany brzusznej jak i rany wokół stomii (tzw. przepuklina okołostomijna). Ryzyko ich wystąpienia wzrasta u chorych otyłych i przy zaburzeniach gojenia się rany.

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. Przeprowadzona operacja wymaga w pierwszych dobach podawania płynów dożylnie, nie jest natomiast możliwe przyjmowanie płynów czy też pokarmów droga doustną. Czas podawania płynów i włączenia diety doustnej uzależniony jest od przebiegu pooperacyjnego. Decyzja o rozpoczęciu żywienia doustnego jest podejmowana przez lekarza prowadzącego. Najpierw otrzyma Pani/Pan doustnie płyny, następnie w przypadku dobrej tolerancji kolejno pokarmy płynne (zupy, kleiki), a później dietę stałą. Po operacji będzie Pani/Pan odczuwać dolegliwości bólowe związane z raną pooperacyjną, mogą także wystąpić nudności i wymioty. Około 5-6 doby po zabiegu będzie Pani/Pan wypisana do domu. Pomimo wydalania stolca do worka stomijnego, okresowo, szczególnie we wczesnym okresie pooperacyjnym możliwa jest oddawanie stolca także drogą naturalną. Oddawanie w ten sposób niewielkich ilości „stolca" jest sytuacją całkowicie naturalną i jest efektem złuszczania się nabłonka błony śluzowej jelita grubego poniżej stomii i wydzielaniem przez ten fragment jelita śluzu. 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 stworzenia warunków do ustąpienia schorzenia, na które Pan/Pani* cierpi/ spowoduje nasilenie dolegliwości z powodu, których wyłonienie stomii zostało zaproponowane*.

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 WYTWORZENIA KOLOSTOMII DWULUFOWEJ (WYŁONIENIE STOMII NA JELICIE GRUBYM)

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.