

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY

I Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody

Imię i nazwisko Pacjenta:..... PESEL/Data urodzenia:.....

II Nazwa procedury medycznej lub zabiegu

EWAKUACJA I DRENAŻ ROPNIA/ROPNII WEWNĄTRZOTRZEWNOWYCH

III Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Przyczyną kwalifikacji do operacji, którą proponujemy Pani/Panu jest:

.....

Stwierdzono u Pana/Pani* występowanie ropnia wewnątrztrzewnowego. Jest to zbiornik płynnej treści ropnej, który powstał wskutek ograniczenia wewnątrztrzewnowego ogniska zapalnego lub jest procesem zejściowym rozlanego zapalenia otrzewnej. Ropień najczęściej zlokalizowany jest w naturalnych zagłębieniach wewnątrztrzewnowych takich jak okolica podprzeponowa, podwątrobowa, okołowystkowa, okołokątnicza, okołosieczna, międzypętlowo i w miednicy małej. Może jednak występować w każdej innej części jamy otrzewnej. Do głównych i najczęstszych objawów choroby należą: gorączka o typie hektycznym (naprzemienny wysoki wzrost i spadki temperatury), dreszcze, bóle brzucha, objawy ze strony przewodu pokarmowego takie jak nudności, wymioty, zaburzenia pasaż jelitowego i perystaltyki jelit, objawy niedrożności jelit, objawy upośledzenia lub niewydolności ważnych dla życia narządów i układów (np. wątroby, płuc, nerek lub ośrodkowego układu nerwowego). Nie podjęcie leczenia i nie wykonanie zabiegu operacyjnego może prowadzić do ciężkich powikłań takich jak bakteremia, posocznica, wstrząs septyczny, niewydolność wielonarządowa i w konsekwencji do zgonu chorego.

IV Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Operacja przeprowadzana jest w trybie planowym lub pilnym w znieczuleniu ogólnym (dokładnych informacji na temat znieczulenia udzieli lekarz anestezjolog podczas badania). Niekiedy konieczne jest zacewnikowanie pęcherza moczowego. Planowany u Pani/Pana zabieg polega na wykonaniu laparotomii czyli otwarcia powłok brzusznych, najczęściej z cięcia pionowego w linii pośrodkowej przedniej ściany jamy brzusznej. Dopiero ocena śródoperacyjna pozwala na dokładną lokalizację ropnia/ropni wewnątrztrzewnowy. Następnie chirurg otwiera ropień, ewakuuje treść ropną pobierając ją również do badania mikrobiologicznego i wykonuje obfite płukanie jam ropnia (i całej otrzewnej) płynami dezynfekującymi. W zależności od przyczyny powstałego ropnia wewnątrztrzewnowego konieczne może być również wykonanie:

- Zeszycia miejsca perforacji przewodu pokarmowego: żołądka, dwunastnicy jelit;
- Wycięcia zapalnie zmienionego wyrostka robaczkowego;
- Resekcji (częściowego wycięcia) fragmentu jelita cienkiego lub grubego: w zależności od umiejscowienia pierwotnego procesu chorobowego. W tych przypadkach konieczne może być wytworzenie stomii, czyli wyłonienia jelita cienkiego/grubego na powierzchnię brzucha, które następnie jest zaopatrywane workiem, do którego odchodzi treść jelitowa;

Po ewakuacji ropnia/ropni, do jamy brzusznej zawsze zakładane są dreny w celu dalszego odprowadzania treści ropnej z jamy otrzewnej, gdyż całkowita ewakuacja treści ropnej podczas jednego zabiegu nie jest możliwa. Powstawanie ropni jest procesem dynamicznym, rozłożonym w

czasie i jednorazowa ewakuacja treści ropnej bez uzupełnienia jej skutecznym drenażem nigdy nie doprowadziłaby do wyleczenia ropnia wewnątrztrzewnowego. Ponadto u części chorych konieczne mogą być kolejne otwarcia jamy brzusznej w celu modyfikacji drenażu ropni. Ilość koniecznych do założenia drenów jest bardzo zmienna i ustala ją chirurg wykonujący zabieg operacyjny.

V Opis innych dostępnych metod leczenia

W określonych, mniej licznych przypadkach (związanych głównie z lokalizacją ropnia wewnątrztrzewnowego) istnieje możliwość przezskórnego nakłucia i drenażu ropnia pod kontrolą ultrasonografii lub tomografii komputerowej.

Operacja może być przeprowadzona techniką laparoskopową - tj. przy użyciu kamery i specjalnych narzędzi, wprowadzanych do jamy brzusznej przez niewielkie otwory w skórze (tylko w przypadkach niewielkich, pojedynczych ropni).

VI 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. Ponadto u części chorych (w przypadkach rozległego zakażenia jamy otrzewnej) konieczne może być ponowne otwarcie jamy brzusznej, płukanie i drenaż jamy otrzewnej po upływie 24 do 48h od pierwotnego zabiegu operacyjnego. Do powikłań tych należą:

- krwawienia śródoperacyjne i pooperacyjne, niekiedy wymagające przetoczenia krwi lub ponownej operacji;
- utrzymywanie się w jamie otrzewnej drenowanych ropni lub powstawanie nowych,
- 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.
- nieszczelność szwu na jelicie i rozejście zespolenia, mogące prowadzić do powstania przetoki jelitowej, do zapalenia otrzewnej i konieczności ponownej operacji;
- 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 i jamy otrzewnej przez bakterie znajdujące się w przewodzie pokarmowym;
- zakażenia wewnątrztrzewnowe, w wyniku których mogą rozwinąć się ropnie w jamie brzusznej;
- infekcje innych układów, w szczególności układu moczowego oraz oddechowego;
- powikłania związane z zakładaniem i obecnością wkłuc 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 zatorom 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
- niekiedy mogą wystąpić uszkodzenia lub oparzenia skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny stosowane podczas zabiegu;
- alergie na leki stosowane w okresie okołoperacyjnym – 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;
- zrosty w jamie brzusznej, które nawet po latach mogą doprowadzić do niedrożności jelit;
- zwężenie zespolenia jelitowego zaburzające pasaż treści jelitowej;
- przedłużająca się pooperacyjna niedrożność porażenna jelit;
- biegunki będące konsekwencją znacznego skrócenia jelita grubego;
- uszkodzenia gałązek nerwów skórnych, powodujące czasowe lub stałe zaburzenia czucia okolicy blizny pooperacyjnej;
- powstanie przepukliny pooperacyjnej - z reguły po kilku miesiącach. Ryzyko jej wystąpienia wzrasta u chorych otyłych i przy zaburzeniach gojenia się rany;
- przy wytworzenia stomii - powstanie z reguły po kilku miesiącach od operacji przepukliny okołostomijnej, wypadania stomii, trudności z jej zaopatrzeniem.

VII Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

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

.....

.....

.....

VIII 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. Przez założone dreny będzie prowadzony drenaż jamy otrzewnej prosty (wolny spływ) lub przepływowy (płukanie jamy otrzewnej specjalnymi płynami) Przeprowadzona operacja wymaga w pierwszych dobach podawania płynów dożylnie, nie jest natomiast możliwe przyjmowanie płynów czy też pokarmów drogą 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. Decyzja o wypisaniu do domu będzie podejmowana przez lekarza prowadzącego. 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.

IX Rokowanie

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani/Pana przypadku:

- duże średnie ograniczone

X Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z proponowanego leczenia może prowadzić do ciężkich powikłań takich jak bakteriemia, posocznica /sepsis/, wstrząs septyczny, niewydolność wielonarządowa i w konsekwencji do zgonu chorego.

XI Oświadczenie pacjenta

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zatailem/łam* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób.

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Data i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia

.....

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam* poinformowany/na* przez o proponowanym rodzaju leczenia. Oświadczam, iż miałem/łam* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam* na nie odpowiedź. **Jeżeli macie Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia prosimy o ich wpisanie poniżej:**

.....

.....

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej /zabiegu)

.....

.....