

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY**I Dane Pacjenta**

Imię i nazwisko Pacjenta:PESEL/Data urodzenia:

II Nazwa procedury medycznej lub zabiegu

OPERACJA PRZETOKI OKOŁOODBYTNICZEJ W PRZEBIEGU CHOROBY

LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA

III 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* przetokę okołodobytniczą w przebiegu choroby Leśniowskiego-Crohna. Jest to nieprawidłowy kanał łączący światło odbytu ze skórą okolicy krocza. Typowymi objawami tej choroby są: wyciek treści ropnej z okolicy odbytu oraz świąd i pieczenie skóry okolicy odbytu. W przypadku zarośnięcia się otworu zewnętrznego przetoki dochodzi do powstania ropnia okołodobytniczego (bolesnego wygórowania skóry okolicy krocza, często z towarzyszącą gorączką), którego leczenie wymaga szybkiej interwencji chirurgicznej. Nawrotowe ropnie i przetoki okołodobytnicze są typowe dla choroby Leśniowskiego-Crohna.

IV Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Operacja przeprowadzana jest w znieczuleniu ogólnym dożylnym lub przewodowym (dokładnych informacji na temat znieczulenia i możliwych jego powikłaniach udzieli lekarz anestezjolog podczas badania). Po ułożeniu chorego w pozycji umożliwiającej pełną ocenę okolicy odbytu dokładnie bada się tę okolicę. Po zlokalizowaniu ujścia/ujść zewnętrznego/zewnętrznych kanału przetoki, odnajduje się ujście wewnętrzne przetoki w odbytnicy lub w odbycie. W zależności od przebiegu kanału przetoki rozcinamy go lub, częściej zakładamy do niego nić drenującą. Jest to konieczne w przypadku przetok obejmujących większy fragment mięśni zwieraczy odbytu odpowiedzialnych za trzymanie stolca i gazów. W przypadku większej ilości ujść zewnętrznych przetok konieczne jest założenie większej ilości nici drenujących lub drenów. W przypadku głębokich przetok okołodobytnicznych konieczne bywa założenie drenów w okolicę odbytu. Z uwagi na współistnienie choroby Leśniowskiego-Crohna celem leczenia operacyjnego jest zapewnienie odpowiedniego drenażu kanału przetoki i ograniczenie ryzyka powstania ropnia okołodobytniczego oraz uszkodzenia aparatu zwieraczowego. W dużej części przypadków pełne wygojenie przetoki chorobie Leśniowskiego-Crohna jest niemożliwe.

V Opis innych dostępnych metod leczenia

Metodą uzupełniającą leczenie chirurgiczne jest terapia farmakologiczna. Poza standardowym leczeniem przeciwzapalnym opartym na preparatach kwasu 5-aminosalicylowego (sulfasalazyna, mesalazyna) oraz kortykosteroidach istnieje możliwość terapii biologicznej –

dożylnie podawanych preparatach zmniejszających odpowiedź zapalną organizmu. Jest to metoda skuteczna w wyselekcjonowanych grupach pacjentów. U większości chorych dochodzi do nasilenia objawów choroby po zakończeniu terapii. Dodatkowo leczenie to wiąże się z szeregiem innych powikłań. Dodatkowe informacje na temat różnych metod leczenia przetok w chorobie Leśniowskiego-Crohna udzieli Pani/Panu lekarz prowadzący.

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, przebiegu kanałów przetok okołoodbytniczych 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. Choroba Leśniowskiego-Crohna jest dodatkowym czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia powikłań. Do powikłań tych należą:

- krwawienia śródoperacyjne i pooperacyjne, niekiedy wymagające założenia setonu do kanału przetoki lub ponownej operacji;
- uszkodzenie zwieraczy odbytu. Ryzyko takiego uszkodzenia wzrasta w przypadku operacji nawrotowych przetok okołoodbytniczych oraz przetok głęboko penetrujących do miednicy mniejszej
- niekiedy mogą wystąpić uszkodzenia lub oparzenia skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny stosowane podczas zabiegu;
- infekcje innych układów, w szczególności układu moczowego;
- wystąpienie zakażenia tkanek okolicy krocza wymagającego przedłużonego leczenia antybiotykami i lekami przeciwzapalnymi. W przypadku nasilonego odczynu zapalnego nie poddającego się leczeniu farmakologicznemu zachodzi konieczność ponownej operacji polegającej na nacięciu i drenażu okolicy krocza.
- powikłania związane z zakładaniem i obecnością wkłuc dożylnych (miejscowa infekcja, krwiak, obrzęk, zakażenie wkłucia);
- powikłania związane ze znieczuleniem przewodowym – zaburzenia oddawania moczu, wymagające założenia cewnika do pęcherza moczowego, bóle głowy i odcinka lędźwiowego kręgosłupa;
- powikłania ze strony układu krążenia – nasilenie niewydolności krążenia, zaburzenia rytmu serca, niedokrwienie mięśnia sercowego;
- alergie na leki stosowane w okresie okołoperacyjnym – szczególnie leki stosowane podczas znieczulenia, antybiotyki oraz środki przeciwbólowe;
- nietrzymanie stolca na skutek uszkodzenia zwieraczy odbytu. Powikłanie to występuje znamienne częściej u chorych po wcześniejszych operacjach proktologicznych oraz u pacjentek po przebytych porodach.
- duże i zniekształcające blizny okolicy krocza, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub powikłań w procesie gojenia;
- zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B i C (tzw. żółtaczkę zakaźną) lub HIV;
- zwężenie kanału odbytu utrudniające prawidłowe oddawanie stolca
- uszkodzenia gałązek nerwów skórnych, powodujące czasowe lub stałe zaburzenia czucia okolicy blizny pooperacyjnej;

VII Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

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

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)

.....
.....
.....