

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY

Dane Pacjenta / PESEL:

Imię i nazwisko Pacjenta:

Nazwa procedury medycznej lub zabiegu:

PRZEZSKÓRNY DRENAŻ POD KONTROLĄ USG

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

.....

Rozpoznana u Pana/Pani zmiana wymaga drenażu, tzn. opróżnienia jej ze zgromadzonej tam treści. Proponowany zabieg drenażu przezskórnego pozwala na usunięcie wydzieliny bez konieczności laparotomii czyli klasycznego otwierania jamy brzusznej.

Przeprowadzany jest on w znieczuleniu miejscowym. Lekarz przed przystąpieniem do zabiegu wyznacza miejsce wprowadzenia drenu przy pomocy sondy USG. Następnie miejsce to jest odkażane i przygotowywane tak jak do zabiegu operacyjnego. Po jego przygotowaniu lekarz wstrzykuje 1% roztwór lignocainy (środku miejscowo znieczulającego) w miejsce wprowadzenia drenu, po czym nacina skórę i wprowadza dren, który jest przymocowywany do skóry i najczęściej musi pozostać w takim umiejscowieniu przez kilka dni. Treść odessana z drenu jest pobierana do badania. Po zakończonym zabiegu wraca Pani/Pan do sali chorych.

Należy podkreślić, że nie zawsze istnieje możliwość przeprowadzenia takiego zabiegu. Przyczyną takiej sytuacji mogą być przeszkody anatomiczne, uniemożliwiające bezpieczne wprowadzenie drenu do zmiany. W takiej sytuacji chirurg po dokładnej ocenie zmiany w badaniu USG może odstąpić od zabiegu.

Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

Zabieg przez skórnego drenażu 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 mogą spowodować, że pomimo starań lekarzy podczas operacji, jak i po jej zakończeniu może dojść do wystąpienia powikłań. Do powikłań tych należą:

- krwawienia w trakcie jak i po zakończeniu zabiegu, niekiedy wymagające przetoczenia krwi lub operacji;
- uszkodzenie innych narządów (np. odcinka przewodu pokarmowego, śledziony, wątroby, pęcherza moczowego, moczowodu, nerwów, naczyń krwionośnych czy innych narządów w okolicy wprowadzanego drenu). 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.

- zakażenia miejsca nakłucia na skutek infekcji, co prowadzi do przedłużonego gojenia rany, gorszego efektu kosmetycznego.
- zakażenia wewnątrztrzewnowe, w wyniku których mogą rozwinąć się ropnie w jamie brzusznej lub narządach jamy brzusznej mogące wymagać operacji;
- niekiedy mogą wystąpić uszkodzenia lub oparzenia skóry przez środki dezynfekujące;
- reakcje niepożądane leków stosowanych w okresie okołozabiegowym– szczególnie leki stosowane podczas znieczulenia, antybiotyki oraz środki przeciwbólowe i odkażające;
- obecność blizny w miejscu po wprowadzeniu drenu
- zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B i C (tzw. żółtaczkę zakaźną) lub wirusem HIV;
- zrosty w jamie brzusznej, które nawet po latach mogą doprowadzić do niedrożności jelit;
- uszkodzenia gałązek nerwów skórnych, powodujące czasowe lub stałe zaburzenia czucia okolicy blizny pooperacyjnej;

Proszę o poinformowanie lekarza wykonującego zabieg jeśli w przeszłości występowały u Pani/Pana powikłania po podaniu lignocainy lub innego środka do znieczulenia miejscowego (np. u stomatologa, w czasie chirurgicznego usuwania zmian skórnych itp.)

Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

.....

Oświadczenie pacjenta

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/lam* 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 się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem poinformowany przez dr..... o proponowanym rodzaju leczenia. Oświadczam, iż miałem możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem 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 proponowanego zabiegu

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanego zabiegu

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

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

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