

## FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY

**Dane Pacjenta / PESEL:** .....

**Imię i nazwisko Pacjenta:** .....

Nazwa procedury medycznej lub zabiegu:

### OPERACJA WYCIĘCIA SZCZELINY ODBYTU

#### WSTĘP

Prosimy o przeczytanie poniższego tekstu z uwagą. W przypadku jakichkolwiek niejasności lub dodatkowych pytań, prosimy o zwrócenie się do lekarza prowadzącego. Na końcu formularza prosimy Panią/Pana o wyrażenie pisemnej zgody na proponowany zabieg operacyjny.

#### KWALIFIKACJA I WSKAZANIA DO ZABIEGU

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

##### PRZEWLEKŁA SZCZELINA ODBYTU

Rozpoznano u Pana/Pani\* szczelinę odbytu czyli przewlekłe owrzodzenie końcowego odcinka kanału odbytu powstałe w wyniku podłużnego pęknięcia błony śluzowej tej okolicy spowodowanego prawdopodobnie jej niedokrwieniem. Do jej najczęstszych objawów należy ostry, piekący ból odbytu szczególnie nasilający się w trakcie i po wypróżnianiu, uczucie dyskomfortu tej okolicy oraz krwawienie w postaci świeżej, jasnoczerwonej krwi na stolcu lub na papierze toaletowym.

#### OCZEKIWANE KORZYŚCI LECZENIA

Ustąpienie dolegliwości, wygojenie szczeliny.

#### PRZEBIEG OPERACJI I DALSZEGO LECZENIA

Wycięcie szczeliny jest zabiegiem przeprowadzanym w znieczuleniu krótkotrwałym dożylnym lub przewodowym (informacji na temat znieczulenia i możliwych jego powikłaniach udzieli Pani/Panu konsultujący anestezjolog). Polega on na wycięciu brzegów przewlekłej rany, jaką jest szczelina odbytu. Zabieg ten ma na celu pobudzenie mechanizmów zmierzających do prawidłowego wygojenia się rany.

#### ALTERNATYWNE METODY LECZENIA

1. Zachowawcze: miejscowe stosowanie maści nitroglicerynowej, stosowanie miejscowo lub doustnie blokerów kanału wapniowego, miejscowe wstrzyknięcie toksyny botulinowej.
2. Rozszerzanie (diwulsja) zwieraczy odbytu - zabiegi wykonywany w znieczuleniu ogólnym, polegający na ręcznym poszerzaniu kanału odbytu poprzez rozciąganie i rozmasowywanie palcami mięśni zwieraczy odbytu. Celem zabiegu jest czasowe rozluźnienie tych mięśni, co stwarza korzystne warunki do gojenia się szczeliny przy zastosowaniu dalszego leczenia zachowawczego (nasiadówki ze środków odkażających).
3. Sfinkterotomia boczna jest zabiegiem przeprowadzanym w znieczuleniu krótkotrwałym dożylnym lub przewodowym (informacji na temat znieczulenia i

możliwych jego powikłaniach udzieli Pani/Panu konsultujący anestezjolog). Polega on na nacięciu skóry na granicy z błoną śluzową kanału odbytu i oddzieleniu się „na tępo” zwieracza wewnętrznego odbytu od błony śluzowej i od zwieracza zewnętrznego. Następnie przecina się nożyczkami lub elektrokoagulacją włókna zwieracza wewnętrznego. Rany po zabiegu nie zeszywa się szczelnie, a jedynie zbliża jej brzegi.

## **POWIKŁANIA WCZESNE I ODLEGŁE**

Zabieg operacyjny nie przebiega identycznie u każdego chorego. Zależy to od jego budowy anatomicznej, stanu odżywienia, 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:

- niezagojenie się lub nawrót szczeliny i związanych z nią dolegliwości,
- przejściowe lub trwałe nietrzymanie gazów lub/i stolca o różnym nasileniu
- krwawienia śródoperacyjne i pooperacyjne, niekiedy wymagające przetoczenia krwi lub ponownej operacji;
- zakażenia rany pooperacyjnej na skutek infekcji, co prowadzi do przedłużonego gojenia rany, wydłużenia czasu hospitalizacji, gorszego efektu kosmetycznego i osłabienia blizny.
- powikłania związane z zakładaniem i obecnością wkłuc dożylnych (miejscowa infekcja, krwiak, obrzęk, zakażenie wkłucia)
- powikłania ze strony układu krążenia – nasilenie niewydolności krążenia, zaburzenia rytmu serca, niedokrwienie mięśnia sercowego
- niekiedy mogą wystąpić uszkodzenia lub oparzenia skóry przez środki dezynfekujące;
- alergię na leki stosowane w okresie okołoperacyjnym – szczególnie leki stosowane podczas znieczulenia, antybiotyki oraz środki przeciwbólowe;
- zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B i C (tzw. żółtaczkę zakaźną) lub HIV;

Rezygnacja z proponowanego leczenia wiąże się z brakiem możliwości poprawy Pana/Pani stanu zdrowia. Ponadto postęp choroby będzie wymagał podjęcia w późniejszym okresie czasu bardziej radykalnych metod leczenia.

## **REKONWALESCENCJA**

Po zabiegu pozostaje Pani/Pan zazwyczaj w sali pooperacyjnej (zazwyczaj do kilku 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. Po operacji może Pani/Pan odczuwać dolegliwości bólowe związane z wykonaną procedurą chirurgiczną. Termin wypisu do domu ustala lekarz. Najczęściej jest to następny dzień po operacji. 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.

### **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)

.....