

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

FORMULARZ ZGODY

I Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody

Imię i nazwisko Pacjenta:.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:.....

PESEL/Data urodzenia Pacjenta:.....

II Nazwa procedury medycznej lub zabiegu

Operacja niedrożności jelita cienkiego metodą otwartą.

Uwolnienie zrostów otrzewnowych: – między-jelitowych, do narządów jamy brzusznej (w tym sieci większej), do otrzewnej ściennej, innych....

Odprowadzenie skrętu jelita cienkiego.

Resekcja jelita cienkiego: fragmentu (fragmentów), czczego, krętego (do decyzji śródoperacyjnej chirurga).

Zespolenie (zespolenia) między pętlami jelita lub wyłonienie (do decyzji śródoperacyjnej chirurga).

Plikacja wewnętrzna jelit (do decyzji śródoperacyjnej chirurga).

III Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Przeprowadzenie operacji w jamie brzusznej (także laparoskopowej) powoduje powstanie zrostów u 95% operowanych. Zwykle zrosty są bezobjawowe i chronią chorego przed powikłaniami operacji (ropniami, przetokami, nieuszczelnnością), ale czasem stają się przyczyną niedrożności zrostowej jelita cienkiego (NZJC). Niedrożność może powodować pojedynczy zrost. Zwykle jednak zrosty są liczne, a czasem bywają one twarde i „cementują” jelita. NZJC jest przyczyną >50% wszystkich niedrożności jelita cienkiego. Jest to zwykle niedrożność z zatkania, dająca objawy: falowych bólów brzucha, wymiotów, wzdęcia, zatrzymania gazów. Czasem NZJC prowadzi do niedrożności z zadzierzgnięcia („skrętu jelit”), dodatkowo ze stałymi bardzo silnymi bólami brzucha. U 10% chorych NZJC powodują zrosty pozapalne lub wrodzone.

IV Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

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

Przed podjęciem leczenia NZJC wykonywane bywają badanie diagnostyczno-lecznicze: zdjęcie jamy brzusznej w pozycji stojącej oraz podanie do żołądka Gastrografiny z domieszką barytu. Pozwala to na ustalenie poziomu, a czasem przyczyny niedrożności. W przypadkach niedrożności niepełnej Gastrografina leczy stan NZJC przywracając pasaż w jelitach.

Operacja z powodu NZJC wymaga szerokiego otwarcia jamy brzusznej (dużego cięcia). Wykonuje się je bardzo ostrożnie ze względu na zrosty do powłoki brzusznej; mimo to u ~20% operowanych dochodzi do przedziurawienia ściany jelita (wymagającego zszycia). W toku operacji uwalnia się ostrożnie kolejne zrosty - zwykle wszystkie, czasem tylko ich część. Oceniana jest przyczyna i poziom niedrożności, a także stan: ukrwienia (żywności) wszystkich pętli jelita cienkiego i drobnych zranień błony surowiczej oraz mięśniowej powstałych przy uwalnianiu zrostów. Wzdęte pętle jelita cienkiego utrudniają operację dlatego zawartość jelit zostaje przesunięta na obwód (do jelita grubego) lub cofnięta do żołądka i odessana przez sondę. Chirurg decyduje o potrzebie: założenia delikatnych szwów na niepełnościennne zranienia ściany jelita, konieczności usunięcia odcinków jelita zmienionych martwiczo lub z cechami niedokrwienia w ścianie i zespoleniu zdrowych kikutów jelita lub wyłonieniu ich na zewnątrz (decyzja chirurga zależy stanu miejscowego choroby lub/i stanu ogólnego chorego).

Ponieważ ta operacja (jak wszystkie inne) spowoduje powstanie nowych zrostów, które mogą być przyczyną nowej NZJC – wykonywany zabieg może uwzględniać manewry temu zapobiegające. Chirurg w czasie operacji decyduje czy nie należy: a. wykonać ułożenia pętli jelit w pozycji dogodnej dla utworzenia zrostów kontrolowanych – co osiąga przez wykonanie tzw. Intubacji wewnętrznej (założeniu specjalnej sondy na całej długości jelita cienkiego, a wyprowadzonej przez powłokę zwykle na pierwszym odcinku jelita czczego i pozostającej w przewodzie pokarmowym przez 7-10 dni); b. wlaniu do jamy otrzewnej specjalnego płynu utrudniającego powstaniu zrostów (Adept) lub c. ułożeniu na jelitach pod powłoką specjalnej bariery (Seprafilm). Zszycie powłoki wymagać może dodatkowych szwów zapobiegających rozejściu się rany (anty-ewentracyjnych).

V Opis innych dostępnych metod leczenia

Chirurg może proponować choremu wstępną ocenę laparoskopową stanu jamy otrzewnej – uwolnienie zrostów tą metodą pozwoli na zakończenie procedury.

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

W przypadku NZJC bez objawów zadzierzgnięcia i nie grożącej martwicą jelita możliwa jest próba leczenia zachowawczego. To oznacza: utrzymanie sondy w żołądku oraz dożylnie - wyrównanie stanu elektrolitów i odżywienia organizmu. Takie leczenie można prowadzić przez 2 doby, a w pewnych NZJC dłużej. Bywa to skuteczne u ~40% leczonych.

VI Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

Po każdego typu operacji z powodu NZJC – mimo osłony antybiotykowej, przeciwzakrzepowej, stosowania leków wyrównujących zaburzenia elektrolitowe, poprawiających odporność organizmu i stan odżywienia chorego - mogą wystąpić powikłania wczesne związane bezpośrednio z operacją takie jak: zakażenie rany, nieszczelność szycia powłoki brzusznej („wytrzewienie”), ropień wewnątrz-otrzewnowy, nieszczelność zespolenia (jeśli wykonano), przetoka jelitowa, niedrożność pooperacyjna lub powikłania ogólnoustrojowe, jak: zakrzepowo-zatorowe (w tym groźne dla życia: zator tętnicy płucnej, zawał mięśnia sercowego), niedodma i zapalenie płuc, zakażenia układu moczowego i inne.

Podczas leczenia zachowawczego mogą też wystąpić wyżej wymienione powikłania ogólnoustrojowe i powikłania związane z chorobą, jak: ropień wewnątrzotrzewnowy, przetoka jelitowa lub przedłużanie się stanu NZJC.

Po przebytej operacji NZJC (jak każdej innej) mogą wystąpić powikłania późne, do których należą: przepuklina pooperacyjna, zrosty wewnątrzotrzewnowe zaburzające przejściowo pasaż przewodu pokarmowego lub nowy epizod NZJC. U pacjentów, u których wykonano plikację wewnętrzną takie epizody zdarzają się w ~15-20%, ale są skutecznie leczone metodami zachowawczymi.

O rodzaju znieczulenia, jego przebiegu i możliwych zagrożeniach z nim związanych poinformuje Panią/Pana lekarz anestezjolog.

Niektóre powikłania mogą powodować poważne zagrożenie dla zdrowia i życia, mogą wymagać dodatkowych badań i zabiegów, czasami ponownej operacji, a czasami mogą doprowadzić do zgonu.

VII Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

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

.....

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

.....

.....

VIII Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

W większości przypadków pooperacyjne rokowanie bezpośrednie i odległe jest dobre. W przypadku obecności czynników ryzyka, takich jak: podeszły wiek chorego, choroby towarzyszące (krążeniowo-płucne, niewydolność nerek i wątroby, cukrzyca, choroby zmniejszające odporność organizmu), zły stan odżywienia chorego (uwaga - ryzyko leczenia zwiększa nie tylko niedożywienie ale i otyłość) – ryzyko wystąpienia wczesnych i odległych wyżej wymienionych powikłań jest większe. Na ryzyko powikłań ma również wpływ stan zaawansowania i rodzaj choroby przyczyniającej się do NZJC.

Ponieważ ta operacja (jak wszystkie inne) powoduje powstanie nowych zrostów, mogą one stać się przyczyną nowej NZJC. Kolejny epizod NZJC zdarza się u ~20% operowanych, nawet po wielu latach. U pacjentów, u których podczas poprzedniej operacji niedrożności wykonano plikacją wewnętrzną epizody te są skutecznie leczone zachowawczo, ustępując po 1-2 dobach pobytu w szpitalu.

U pacjentów po przebytych leczeniu NZJC - zrosty wewnątrztrzewnowe zwykle co jakiś czas zaburzają przejściowo pasaż przewodu pokarmowego powodując epizody falowych bólów brzucha, trwających do kilku godzin i nie wymagających leczenia szpitalnego. Zaleca się by pacjenci operowani z powodu NZJC spożywali pokarmy dokładnie pogryzione, często i w małych porcjach, nie spożywani pokarmów o których wiedzą, że przyspieszają u nich perystaltykę (uwaga na gotowaną kapustę) oraz nie spożywali sprzyjających zatkaniu jelita cienkiego: mięszu owoców cytrusowych i orzechów.

IX Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Brak zgody na proponowane leczenie może skutkować pogarszaniem się stanu ogólnego chorego i miejscowego choroby. Decyzja o leczeniu operacyjnym NZJC zwykle wynika z braku postępu w leczeniu zachowawczym jak i też obawy o rozwój zmian niedokrwiennych i martwiczych w ścianie jelita cienkiego. Postęp w diagnostyce chorób jamy brzusznej, jak dotąd nie wyodrębnił klinicznych i diagnostycznych pewnych dowodów na stan niedokrwienia w ścianie jelita, który szybko (<8h) prowadzi do martwicy jelita. Przedłużający się taki proces w jamie otrzewnej prowadzi do rozlanego lub ograniczonego zapalenia

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

otrzewnej, miejscowego i ogólnoustrojowego stanu septycznego, a w dalszej konsekwencji: niewydolności wielonarządowej i zgonu chorego.

X Oświadczenie pacjenta

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 ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia proszę wpisać je 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)

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

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/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

.....

* niepotrzebne skreślić