

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 WYCIĘCIA KŁYKCIN KOŃCZYSTYCH

### III Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

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

.....

.....

.....

Rozpoznano u Pana/Pani\* kłykciny kończyste, których przyczyną powstania jest zakażenie wirusowe skóry. Choroba ta może objawiać się pojedynczymi lub bardzo licznymi niewielkimi grudkami (naroślami) w okolicach odbytu, krocza i/lub narządów płciowych. W przypadku większego zaawansowania choroby, kłykciny mogą przekształcać się w duże, „kalafiorowate” zmiany (guzy) głęboko naciekające tkanki mogące ulegać zezłośliwieniu (guzy Buschke-Loewensteina). Kłykciny mogą powodować pieczenie, świąd i uczucie wilgotności skóry, a niekiedy nieznaczny ból. Sporadycznie, mogą również powodować niewielkie krwawienia.

### IV Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Operacja przeprowadzana jest w znieczuleniu ogólnym (dokładnych informacji na temat

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

znieczulenia i możliwych jego powikłaniach udzieli lekarz anestezjolog podczas badania). Planowany u Pani/Pana zabieg polega na wycięciu powstałych zmian przy użyciu elektrokoagulacji lub noża chirurgicznego. Należy nadmienić, że w części przypadków zmiany mogą nawracać, co związane jest z utrzymywaniem się infekcji wirusowej. Nie można więc wykluczyć w przyszłości konieczności ponownego wykonywania zabiegu chirurgicznego z tej przyczyny. Ponadto w przypadku rozległych zmian chorobowych może wystąpić konieczność leczenia kilkusetapowego. Jednak w przeważającej części przypadków zabieg wykonuje się jednorazowo z pełnym efektem wyleczenia.

#### **V Opis innych dostępnych metod leczenia**

Możliwe jest leczenie mniejszych zmian sposobami zachowawczymi: miejscowe stosowanie maści ze środkami hamującymi podziały komórkowe, np.: krem zawierający podofilotoksynę lub jej alkoholowy roztwór.

#### **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. Do powikłań tych należą:

- krwawienia śródoperacyjne i pooperacyjne, niekiedy wymagające przetoczenia krwi lub ponownej operacji;
- uszkodzenie innych narządów
- przedłużone gojenie się rany, zaburzenia gojenia rany, wymagające ponownej interwencji chirurgicznej, wydłużenia czasu hospitalizacji, gorszego efektu kosmetycznego;
- infekcje innych układów, w szczególności układu moczowego oraz oddechowego;
- powikłania związane z zakładaniem i obecnością wkłuc dożylnych (miejscowa infekcja, krwaki, obrzęk, zakażenie wkłucia)
- tworzenie się zakrzepów w układzie żylnym, co zagraża: zakrzepicą naczyń kończyn

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

dolnych, naczyń jamy brzusznej, a w przypadku oderwania zakrzepu zatorem 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. żółtaczkę zakaźną) lub wirusem HIV;
- 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)

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

## **VIII Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych**

Po zabiegu pozostaje Pani/Pan zazwyczaj w sali pooperacyjnej, 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

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

przetransportowana do oddziału chirurgii. Przeprowadzona operacja może wymagać podawania płynów dożylnie. Czas podawania płynów i włączenia diety doustnej uzależniony jest od przebiegu pooperacyjnego. Decyzja o rozpoczęciu żywienia doustnego jest podejmowana przez lekarza prowadzącego. Po operacji będzie Pani/Pan odczuwać dolegliwości bólowe związane z raną pooperacyjną, mogą także wystąpić nudności i wymioty. Około 1-2 doby po zabiegu będzie Pani/Pan wypisana do domu. 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 Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia**

Rezygnacja z proponowanego leczenia wiąże się z dużym prawdopodobieństwem dalszego rozwoju choroby. Możliwe jest rozprzestrzenianie się zmian chorobowych na coraz rozleglejsze obszary skóry oraz powstanie przewlekłych kłykcin Buschkego-Loewensteina, które cechuje wieloletni przebieg z niszczeniem i naciekaniem okolicznych tkanek, jak również zwiększone ryzyko rozwoju raka.

Należy mieć świadomość, iż istnieje duże ryzyko zarażenia wirusem HPV partnera seksualnego, który powinien być także przebadany w celu potwierdzenia lub wykluczenia infekcji HPV.

#### **X 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.....

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

Data i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia

.....

\* niepotrzebne skreślić

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)

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

.....  
...

.....  
...

.....  
...