

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA ZABIEG OPERACYJNY PRZEPUKLINY PACHWINOWEJ METODĄ LICHSTENSTEIN'A

Nazwisko i imię Pacjenta:

PESEL/ data urodzenia:

Nr historii choroby:

Osoba upoważniona do wyrażenia zgody:

Opis proponowanego zabiegu operacyjnego:

Celem proponowanego Panu/i zabiegu jest ograniczenie ryzyka uwięźnięcia przepukliny i spowodowanej tym niedrożności lub martwicy jelit oraz zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Leczenie operacyjne przepukliny pachwinowej metodą Lichtenstein'a polega na nacięciu skóry w okolicy pachwiny i wzmocnieniu struktur kanału pachwinowego specjalnym materiałem syntetycznym – tzw. siatką.

Zabieg operacyjny przeprowadzany jest w znieczuleniu miejscowym i sedacji anestezjologicznej. Przy prawidłowym przebiegu pooperacyjnym czas hospitalizacji w klinice wynosi kilkanaście godzin. Po operacji konieczna jest codzienna zmiana opatrunków do czasu wizyty kontrolnej oraz unikanie dźwigania ciężarów przez ok. 3 miesiące.

Możliwe powikłania związane z proponowanym zabiegiem operacyjnym

Żaden zabieg operacyjny nie jest całkowicie wolny od ryzyka. Ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania zdarzają się rzadko, jednak nigdy nie można ich wykluczyć. Do możliwych powikłań związanych z proponowanym Panu/i zabiegiem operacyjnym należą:

- Ból pooperacyjny przewlekły
- Krwiaki
- Przerośnięta blizna lub bliznowiec
- Zaburzenia czucia w okolicy rany pooperacyjnej (parestezje)
- Wyciek chłonki z rany pooperacyjnej
- Obrzęk jądra
- Zakażenie rany pooperacyjnej i wszczepionego materiału syntetycznego
- Martwica skóry
- Zaburzenia rytmu serca
- Niepożądane działania leków- wysypka, uczulenie, reakcja anafilaktyczna, wstrząs
- Zakrzepica żył głębokich
- Zator tętnicy płucnej
- Uraz narządów jamy brzusznej (pęcherz moczowy, jelito)

- Zanik jądra
- Niewydolność krążeniowo-oddechowa, zawał mięśnia sercowego
- Objawy ze strony centralnego układu nerwowego
- Inne rzadkie, trudne do przewidzenia powikłania, ze zgonem włącznie

Wymieniono większość następstw i powikłań, które mogą wystąpić, ale w medycynie zawsze może dojść do sytuacji jeszcze nieopisywanych w literaturze fachowej, związanych z nietypową anatomią lub nietypową reakcją organizmu pacjenta. Ze wszystkimi pytaniami i wątpliwościami należy zgłaszać się do lekarza prowadzącego.

W czasie zabiegu można stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanego zabiegu.

Po zapoznaniu się z powyższymi informacjami oraz po rozmowie z lekarzem wyrażam zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a w sposób wyczerpujący i niebudzący moich wątpliwości o celu, rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu oraz wszelkich możliwych do przewidzenia wiążących się z nim ryzykach, w tym ryzykach rzadko występujących, innych możliwych metodach leczenia, jak również o efekcie, jakiego mogę się spodziewać, jeżeli zabieg przebiegać będzie bez zakłóceń. Oświadczam, że udzieliłem/am pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, w tym informacji o chorobach przewlekłych, przebiegu dotychczasowego leczenia i przyjmowanych lekach. Stwierdzam, że uzyskałem/am wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Zapoznałem/am się i zrozumiałem/am informacje zawarte w niniejszej zgodzie. Oświadczam, że jestem wystarczająco poinformowany/ny. Rozumiem ryzyko związane z tym zabiegiem i zgadzam się na jego wykonanie. Jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualną zmianę pierwotnie ustalonego zakresu zabiegu operacyjnego polegającą na jego zmniejszeniu lub rozszerzeniu, jeśli będzie to uzasadnione wystąpieniem nieprzewidzianych okoliczności lub koniecznością dostosowania jego zakresu do stwierdzonych śródoperacyjnie zmian chorobowych. W razie wystąpienia podczas operacji powikłań wyrażam zgodę na przetransporowanie mnie do placówki państwowej opieki zdrowotnej w celu dalszego leczenia.

Toruń, ...

.....
podpis Lekarza

.....
podpis Pacjenta