

INFORMACJA O ABLACJI HEMOROIDÓW METODĄ LASEROWĄ I RFITTH CELON

Na czym polega leczenie

Leczenie zabiegowe żylaków odbytu to jedna z najskuteczniejszych metod leczenia choroby hemoroidalnej. Z uwagi na przewlekły charakter tego schorzenia, pomimo wykonania zabiegu ablacji hemoroidów, w przyszłości może Pani/Pan wymagać kolejnych zabiegów lub operacji żylaków odbytu. Ryzyko nawrotu żylaków po zabiegu ablacji jest porównywalne z metodami operacyjnymi. Zabieg ablacji hemoroidów jest nowoczesną i małoinwazyjną metodą leczenia hemoroidów i polega na zamknięciu światła spłotów żylnych bez potrzeby ich usuwania. Zabiegi wymagają nakłucia żylaków po założeniu do odbytu wziernika. Z tego powodu zabieg jest wykonywany w krótkim znieczuleniu dożylnym lub podpajęczynówkowym (w kręgosłup). Zabieg trwa około 30 minut. Po zakończeniu zabiegu najczęściej nie ma potrzeby stosowania opatrunku, w niektórych przypadkach na kilka godzin do odbytu zakładany jest seton. Powrót do domu możliwy jest 2-3 godziny po operacji lub następnego dnia rano. Przez 24 godz. po zabiegu nie wolno spożywać alkoholu, prowadzić pojazdów mechanicznych, ani podejmować ważnych życiowo decyzji. Po zabiegu wskazana jest umiarkowana aktywność fizyczna i ograniczenie intensywnego wysiłku fizycznego przez co najmniej 2 tygodnie. Przez miesiąc po zabiegu zalecamy stosowanie leków rozluźniających stolec i poprawiających krążenie żyłne. Unikanie zaparć zmniejsza ryzyko nawrotu hemoroidów. Jeśli zaawansowanie choroby osiągnęło III lub IV stopień to po zabiegu przerośnięty fałd skórny odbytu towarzyszący hemoroidom zmniejsza się ale nie znika całkowicie. Osobom którym fałd stwarza dyskomfort proponujemy jego usunięcie w miejscowym znieczuleniu po 3 miesiącach od ablacji.

Leczenie hemoroidów metodami ablacji ma na celu:

- zmniejszenie ryzyka rozwoju/nawrotu zakrzepicy i zapalenia hemoroidów,
- zmniejszenie dolegliwości takich jak: krwawienia, ból, świąd

POTENCJALNE POWIKŁANIA W TRAKCIE I PO ZABIEGU

Powikłania i następstwa zabiegu niezbyt częste (ok.1%) stosunkowo niegroźne i ustępujące

- obrzęk i ból tkanek i skóry okolicy odbytu,
- krwawienie,
- szczelina odbytu,
- zakrzepowe zapalenie żylaka,
- martwica skóry lub śluzówki odbytnicy,
- zakażenie tkanek okołoodbytniczych, ropień, przetoka okołoodbytnicza,

Powikłania bardzo rzadkie (<0,5%) ale ciężkie i powodujące zagrożenie życia

- zakrzepica żył głębokich lub zator tętnicy płucnej
- zakażenie tkanek, bakteremia, sepsa
- uraz narządów jamy brzusznej (pęcherz moczowy, jelito)
- niepożądane działania leków – reakcja analaktyczna, wstrząs
- zaburzenia rytmu serca, niewydolność krążeniowo-oddechowa, zawał mięśnia sercowego

MELIUS Clinic

Łódzka 35-37, 87-100 Toruń

tel: 510 406 668

KRS nr 0000799611

Nr w RPWDL: 000000228479

- objawy ze strony centralnego układu nerwowego
- inne, rzadkie i trudne do przewidzenia powikłane kalectwem i zgonem włącznie

ALTERNATYWNE METODY LECZENIA

- leczenie zachowawcze (dieta, leki doustne i doodbytnicze)
- leczenie operacyjne
- „gumkowanie” metodą Barrona
- skleroterapia

ZGODA NA LECZENIE ŻYŁAKÓW ODBYTU

Z pacjentką(em) przeprowadzono rozmowę, podczas której w sposób zrozumiały przedstawiłem celowość przeprowadzenia zabiegu, jego przewidywany przebieg i możliwe do wystąpienia powikłania. Pacjentkę(ta) zakwalifikowano do zabiegu.

Pieczętka i podpis lekarza

Po rozmowie z lekarzem, podczas której mogłem/am zadawać pytania i otrzymałem/am wyczerpujące odpowiedzi, po zapoznaniu się z rodzajem zabiegu, licząc się z możliwością wystąpienia powikłań oraz śródzabiegową zmianą postępowania dyktowaną wskazaniami medycznymi, wyrażam zgodę na zabieg leczenia żyłaków .

data i podpis pacjentki(a)

OŚWIADCZENIE PACJENTA:

Oświadczam, że:

1. Zostałem szczegółowo poinformowany o rozpoznanym schorzeniu oraz proponowanym zabiegu ambulatoryjnym. Wiem na czym ten zabieg ma polegać, jaki będzie jego zakres i przebieg, jaki jest cel i oczekiwany wynik oraz rokowania z nim związane.
2. Zostałem szczegółowo poinformowany o ryzyku i zagrożeniach związanych z przeprowadzeniem zabiegu, a także ewentualnych, dających się przewidzieć konsekwencjach zarówno przebiegu jak i wyniku zabiegu oraz **skutkach rezygnacji z jego przeprowadzenia i/lub kontynuacji**. Zostałem poinformowany przez lekarza, że niemożliwe jest zagwarantowanie korzystnego wyniku zabiegu i może nastąpić konieczność **kolejnych zabiegów**. Zostałem poinformowany jakie są alternatywne możliwości leczenia rozpoznanego schorzenia i mam świadomość zalet oraz wad proponowanego zabiegu, również w porównaniu z tymi możliwościami.
3. Miałem możliwość zadawania pytań lekarzowi i przedstawienia mu swoich wątpliwości, a na zadane pytania i przedstawione wątpliwości uzyskałem zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi i wyjaśnienia.
4. W historii choroby oraz podczas wywiadu i przeprowadzonych badań ujawniłem wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości i zarazem nie zataiłem istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia oraz przebytych chorób.
5. Poinformowano mnie o konieczności odpowiedniego postępowania po przeprowadzeniu zabiegu i zobowiązuję się dokładnie przestrzegać zaleceń pozabiegowych i wizyt kontrolnych.
6. Zostałem poinformowany o prawie do rezygnacji od proponowanego zabiegu, nawet po podpisaniu niniejszego oświadczenia.
7. Zostałem poinformowany, przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że zabieg odbędzie się jako odpłatny.

Podpis pacjenta/pacjentki/opiekuna

Toruń, dnia.....