



## INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG

**OPERACJA USUNIĘCIA ZATOKI (TORBIELI) WŁOSOWEJ**

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 USUNIĘCIA ZATOKI (TORBIELI) WŁOSOWEJ

**III Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta**

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

.....

.....

.....

Rozpoznano u Pana/Pani\* torbiel włosową okolicy kości ogonowej. Torbiel włosowa może objawiać się w postaci ostrego ropnia bądź prostej, złożonej lub nawracającej torbieli włosowej. Do najczęstszych jej objawów należy bolesny, chełboczący guz zlokalizowany w okolicy kości ogonowej. Niekiedy jedyną oznaką choroby może być zapalenie tkanki podskórnej tej okolicy. W przypadku choroby o przebiegu przewlekłym często występują ujścia leżące pośrodkowo lub w zagłębieniu bruzdy międzypośladowej, sączące treścią surowiczoro-pną. Wymienionym objawom może towarzyszyć podwyższona temperatura ciała lub gorączka. Nie leczona choroba może doprowadzić do tworzenia się ropni okolicy zatoki włosowej. Ponadto odnotowano w świecie kilkadziesiąt przypadków raka powstałego w obrębie zatoki włosowej.

**IV Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji**

Operacja przeprowadzana jest w znieczuleniu ogólnym (dokładnych informacji na temat znieczulenia i możliwych jego powikłaniach udzieli lekarz anestezjolog podczas badania).

Planowany u Pani/Pana zabieg może polegać na:

- Rozległym wycięciu miejscowym z usunięciem w jednym bloku wszystkich kanałów zatoki wraz z marginesem zdrowych tkanek i zeszczeniu rany lub pozostawieniu jej do gojenia „na otwarty”.
- Nacięciu zropiałych tkanek i ich drenażu.

W obu typach operacji możliwe jest pozostawienie drenu w ranie.

**V Opis innych dostępnych metod leczenia**

Możliwe jest również leczenie zachowawcze zatoki z zastosowaniem: krioterapii lub ozonoterapii, które stosuje się w przypadkach niewielkich zmian chorobowych. Jednak leczenie operacyjne pozwala na uzyskanie znacznie mniejszego odsetka nawrotów choroby.

**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:

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

- krwawienia śródoperacyjne i pooperacyjne, niekiedy wymagające przetoczenia krwi lub ponownej operacji;
- uszkodzenie innych narządów
- całkowite lub częściowe rozejście się rany na skutek powikłań jej gojenia lub zaburzeń ukrwienia wymagające ponownej interwencji chirurgicznej;
- zakażenia rany pooperacyjnej na skutek infekcji, co prowadzi do przedłużonego gojenia rany, wydłużenia czasu hospitalizacji, gorszego efektu kosmetycznego i osłabienia blizny,
- opóźnione gojenie się rany
- infekcje innych układów, w szczególności układu moczowego oraz oddechowego;
- powikłania związane z zakładaniem i obecnością wkłuc dożylnych (miejscowa infekcja, krwiak, obrzęk, zakażenie wkłucia),
- tworzenie się zakrzepów w układzie żylnym, co zagraża: zakrzepicą naczyń kończyn 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 przetransportowana do oddziału chirurgii. Przeprowadzona operacja wymaga 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 2 - 3 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, możliwością powstania ropni lub ropowicy tej okolicy, co zwykle wymaga leczenia operacyjnego w trybie nagłym. Trzeba także zaznaczyć, że ryzyko powikłań w przypadku operacji wykonywanych w trybie nagłym, jest kilkakrotnie wyższe niż w przypadku operacji planowych.

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

**X Oświadczenie pacjenta**

**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

**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): .....

.....

**OŚWIADCZENIE LEKARZA**

Oświadczam, że przedstawiłem szczegółowo pacjentowi planowany sposób leczenia operacyjnego oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku operacji. Przedstawiłem też pacjentowi możliwe alternatywne metody leczenia.

.....

Toruń, dnia

Czytelny podpis – pełne imię i nazwisko lekarza

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

**OŚWIADCZENIE PACJENTA dot. PRZETACZANIA KRWII**

Czy kiedykolwiek miał Pan(i) przetaczaną krew ?  TAK  NIE

Jeśli tak, to kiedy?.....

Jeśli tak, to gdzie?.....

Czy w trakcie przetaczania i bezpośrednio po nim wystąpiły jakiegokolwiek powikłania?  TAK  NIE

Jeśli tak, to kiedy?.....

Jeśli tak, to jakie?.....

.....

.....

.....

Oświadczam, że zostałem poinformowany o możliwości zajścia konieczności leczenia krwią w przypadku wystąpienia nadmiernego krwawienia w trakcie przeprowadzanego zabiegu operacyjnego lub w okresie okołoperacyjnym. Wyrażam zgodę na przetoczenie krwi i/lub preparatów krwipochodnych w tym przypadku.

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis pacjenta