



**SZPITAL KLINICZNY IM. DR. EMILA WARMIŃSKIEGO POLITECHNIKI BYDGOSKIEJ  
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BYDGOSZCZY**

Nr ks. rej.: 000000002247 REGON: 092354746-00027 NIP: 9532293970  
ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz  
Tel. 52 370 91 02  
szpital.pbs.edu.pl, e-mail: sekretariat@szpital.pbs.edu.pl

Bydgoszcz, dnia

PR5\_PJ16\_F19

**ZGODA NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE/POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE**

**OPERACJA USUNIĘCIA PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO**

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Zostałem(am) wyczerpująco poinformowana (y) o:

**1. Ogólnym stanie zdrowia, rozpoznaniu.**

Kamica żółciowa jest chorobą powszechną. Stwierdzana jest w krajach rozwiniętych u 10% ludzi powyżej 50 roku życia. Około 20% chorych z kamicią skarży się na dolegliwości dyspeptyczne i nietolerancję tłuszczów. Kolka żółciowa ma charakter przemijający i nawrotowy. Objawia się bólem w prawym podżebrzu najczęściej promieniującym do prawej łopatki i wymiotami. Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego ma objawy bardziej nasilone. Objawowa kamica pęcherzyka żółciowego jest najczęstszym wskazaniem do wycięcia pęcherzyka żółciowego. Nie leczona prowadzić może do powstania zapalenia pęcherzyka żółciowego z koniecznością operacji w trybie pilnym. Powikłaniem kamicy pęcherzyka żółciowego może być żółtaczka mechaniczna, zapalenie trzustki czy zapalenie otrzewnej spowodowane przedziurawieniem pęcherzyka. Przy długoletniej kamicy pęcherzyka żółciowego częściej dochodzi do powstania raka pęcherzyka żółciowego. Innym wskazaniem do usunięcia pęcherzyka żółciowego są polipy (zwłaszcza ponad 10 mm lub powiększające się w czasie obserwacji). Polipy pęcherzyka mogą prowadzić do powstania raka pęcherzyka żółciowego.

**2. Rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu / badania.**

Wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą laparoskopową polega na usunięciu całego pęcherzyka żółciowego wraz z kamieniami z dostępu przez kilka otworów w jamie brzusznej. Na początku zabiegu po znieczuleniu ogólnym chorego do jamy brzusznej wkłupa się igłę przez którą podaje się gaz (dwutlenek węgla) aby oddzielić od siebie narządy tam się znajdujące, które w normalnych warunkach ściśle do siebie przylegają. Następnie do jamy brzusznej wkłupa się trokary („zaostrzone rurki”) przez które wprowadza się kamerę i specjalne narzędzia chirurgiczne. Chirurgi patrząc na monitor telewizyjny mogą obserwować wszystko co się dzieje w jamie brzusznej, a jednocześnie używać narzędzi, którymi operują. Wycięty pęcherzyk usuwa się na zewnątrz przez poszerzone cięcie po trokarze. W niektórych przypadkach przy podejrzeniu złożeń („kamieni”) w przewodzie żółciowym wspólnym istnieje konieczność wykonania cholangiografii śródoperacyjnej tzn. podania kontrastu do przewodu żółciowego wspólnego i obejrzenia obrazu pod skopią rentgenowską. Jeśli złoże zostaną stwierdzone w przewodzie żółciowym wspólnym to można je śródoperacyjnie ewakuować używając specjalnych narzędzi (rewizja dróg żółciowych) lub pozostawić je do usunięcia specjalną metodą endoskopową (ECPW) w okresie pooperacyjnym. W ok. 5% operacji zaistniałe okoliczności zmuszają chirurga do zamiany operacji laparoskopowej na „otwartą” w trakcie zabiegu. Najczęstszą przyczyną takich sytuacji jest niejasna anatomia preparowanych struktur lub krwawienie śródoperacyjne. Cel cholecystektomii „na otwarto” jest identyczny jak przy cholecystektomii laparoskopowej – chodzi o usunięcie całego pęcherzyka żółciowego. Jedyne co różni obie w/w metody to dostęp operacyjny. W cholecystektomii „na otwarto” dostęp do jamy brzusznej uzyskuje się przez kilkunastocentymetrowe cięcie pod prawym łukiem żebrowym.

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

W niektórych przypadkach (np. przebyte inne operacje jamy brzusznej, wątpliwości w zakresie innych narządów jamy brzusznej) od razu kwalifikuje się chorego do operacji "na otwarto". Wówczas operację rozpoczyna się od nacięcia pod prawym łukiem żebrowym a następnie wycina cały pęcherzyk żółciowy. W porównaniu do techniki laparoskopowej metoda "na otwarto" wiąże się z: większymi dolegliwościami bólowymi po operacji, większym ryzykiem zakażenia rany i powstania przepukliny pooperacyjnej ale jednocześnie pozwala na bezpośrednią ocenę narządów ręką chirurga. Decyzję o wyborze rodzaju techniki należy pozostawić chirurgowi, który będzie Panią/Pana operował. Należy też pamiętać, że zawsze w przypadku operacji laparoskopowej może zaistnieć konieczność klasycznego "otwarcia brzucha".

### **3. Celu, oczekiwanych korzyściach i rokowaniach przeprowadzenia zabiegu / badania.**

Celem operacji jest usunięcie w całości pęcherzyka żółciowego wraz ze złogami w jego świetle. Zapobiega to możliwym powikłaniom obecności kamicy w pęcherzyku żółciowym w przyszłości (jak wyżej).

### **4. Sposobie postępowania przed i po wykonaniu zabiegu / badania.**

Przed zabiegiem operacyjnym konieczne jest wykonanie zleconych przez lekarza badań. W dniu zabiegu pacjent pozostaje na czczo. Niekiedy podawana jest profilaktyczna dawka antybiotyku, mająca na celu zminimalizowanie ryzyka powikłań infekcyjnych (u chorych, u których są wskazania). Po zabiegu wskazane jest jak najszybsze uruchomienie, a także odpowiednia pielęgnacja rany, która powinna być skryta pod jałowym opatrunkiem. Jeśli występuje uczucie pragnienia po wybudzeniu ze znieczulenia można normalnie pić, jeśli wieczorem wystąpi uczucie głodu – zalecamy lekki posiłek. Zalecamy wstanie z łóżka wieczorem w dniu operacji (najpierw w asyście pielęgniarki następnie samodzielnie). W przypadku operacji wykonywanych w trybie pilnym obowiązuje postępowanie zgodne z zaleceniem lekarskim. Po zabiegu w okresie adaptacji przewodu pokarmowego zalecamy dietę z niską zawartością tłuszczu.

### **5. Możliwych, najbardziej prawdopodobnych następstwach, zagrożeniach i powikłaniach związanych z zabiegiem / badaniem**

Typowym powikłaniem cholecystektomii laparoskopowej jest uszkodzenie przewodu żółciowego wspólnego (występujące w 0,2-0,8% przypadków) często z towarzyszącym uszkodzeniem prawej tętnicy wątrobowej. Uszkodzenie takie może być rozpoznane podczas pierwotnej operacji lub w okresie późniejszym. Wymagane są często dodatkowe badania (ECPW, tomografia komputerowa) i operacja naprawcza dróg żółciowych (ponowna operacja polegająca na zespoleniu dróg żółciowych z jelitem). Inne powikłania to krwawienie śródoperacyjne lub pooperacyjne i pooperacyjny wyciek żółci. Powikłania te zwykle wymagają otwarcia jamy brzusznej albo w czasie zabiegu laparoskopii albo później, kiedy uszkodzenie zostanie rozpoznane. Uszkodzenie sąsiednich do pęcherzyka żółciowego narządów lub naczyń krwionośnych może zdarzyć się podczas wprowadzania do jamy brzusznej igły do podawania dwutlenku węgla na początku zabiegu lub w czasie wycinania pęcherzyka żółciowego. Powikłania związane z obecnością dwutlenku węgla w jamie brzusznej w trakcie operacji są rzadkie i przemijające (nadciśnienie tętnicze, obniżenie wydolności serca, niemierność rytmu serca, zaburzenia oddechowe). Dość często zdarzają się bóle prawego barku i łopatki, które ustępują w ciągu 48h. Następstwem operacji może być również zakażenie rany pooperacyjnej, a w odległej perspektywie przepuklina pooperacyjna.

W trakcie cholecystektomii i w okresie pooperacyjnym, jak przy każdej operacji, może dojść do zatorowości płucnej - powikłania polegającego na znacznym upośledzeniu wymiany gazowej w płucach. Każde z wymienionych powyżej powikłań w swojej konsekwencji prowadzić może do zgonu w trakcie operacji lub w okresie pooperacyjnym. Częstość i ciężkość powikłań jest większa w razie operacji w trybie pilnym (ostre zapalenie pęcherzyka, ropniak pęcherzyka żółciowego) oraz u chorych wcześniej operowanych w zakresie górnej połowy jamy brzusznej (zrosty).

### **6. Konsekwencjach zaniechania leczenia / diagnostyki.**

W przypadku rezygnacji z wycięcia pęcherzyka żółciowego u chorego z objawową kamicy pęcherzyka żółciowego jest on narażony na powtarzające się napady kolki wątrobowej, które mogą przerodzić się w zapalenie pęcherzyka żółciowego ze wszystkimi towarzyszącymi mu powikłaniami, takimi jak ropniak pęcherzyka żółciowego, przedziurawienie pęcherzyka, przetoka między pęcherzykiem a dwunastnicą lub jelitem (zagrożona niedrożnością żółciową jelita cienkiego) i żółtaczką mechaniczną spowodowaną przejściem złogów z pęcherzyka do przewodu żółciowego wspólnego. Drobne kamienie przesuując się do przewodu pokarmowego mogą spowodować ostre

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gł.:

zapalenie trzustki. Wieloletnie pozostawianie kamieni w pęcherzyku żółciowym może prowadzić do raka pęcherzyka żółciowego.

#### 7. Alternatywnych metodach leczenia / diagnostyki.

Zasadniczym sposobem leczenia kamicy pęcherzyka żółciowego jest leczenie operacyjne – wycięcie pęcherzyka żółciowego, którego zaletą jest wyleczenie definitywne. Leczenie zachowawcze, którego wadą jest duża częstość nawrotów, wysokie koszty i długi czas terapii polega na chemicznym rozpuszczaniu złogów preparatami doustnymi takimi jak: kwas uro- (UDCA) i chenodezoksycholowy (CDCA). Leczenie to możliwe jest jedynie u ok. 5% chorych ze złogami cholesterolowymi słabo uwapnionymi o średnicy poniżej 10 mm i objętości złogów < 50% pęcherzyka żółciowego.

#### 8. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu / badania.

Przeciwwskazania do operacji usunięcia pęcherzyka żółciowego to głównie zbyt wysokie ryzyko zabiegu operacyjnego wynikające z chorób towarzyszących (choroby serca, płuc, mózgu) oraz niekontrolowane zaburzenia krzepnięcia.

#### 9. Informacje dotyczące funkcjonowania placówki wykonującej świadczenie medyczne

Zabieg będzie przeprowadzany przez zespół operacyjny, w skład którego mogą wchodzić rezydenci oraz stażyści. Rezydenci oraz stażyści mogą wykonywać całość lub część zabiegu pod nadzorem lekarza odpowiedzialnego za przeprowadzenie operacji lub obserwować przebieg zabiegu. W trakcie zabiegu mogą być obecni na sali operacyjnej studenci kierunku lekarskiego.

Zabieg operacyjny jest nagrywany. Nagranie stanowi część dokumentacji medycznej. Nagranie może zostać wykorzystane do celów naukowych i dydaktycznych (bez ujawnienia tożsamości pacjenta) za zgodą pacjenta oraz Kierownika Podmiotu Leczniczego.

#### 10. Uwagi dotyczące leczonego pacjenta / planowane odstępstwa:

### OŚWIADCZENIE PACJENTA

**Oświadczam, że przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam(em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłam/łam istotnych informacji odnośnie:**

mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, istnienia/braku ciąży, występowaniu/braku alergii, przebytych chorób.

**Informacja przekazana mi przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna oraz zrozumiała:**

w trakcie rozmowy z lekarzem miałam(em) nieograniczoną możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu i uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi,

jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualne zmiany lub rozszerzenia zabiegu, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania w/w zabiegu i upoważniam lekarzy do wykonywania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających,

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

zdaję sobie sprawę z tego, że mogą wystąpić inne, niespodziewane zagrożenia lub powikłania wynikające z indywidualnych cech ludzkiego organizmu, rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia/ zabiegu,

ponadto oświadczam, iż przyjąłem/łam do wiadomości wszelkie zalecenia dotyczące postępowania przed i po wykonaniu zabiegu/operacji, rozumiem że ich nieprzestrzeganie może w istotny sposób wpłynąć na ostateczny efekt zabiegu/operacji, a o wszystkich powikłaniach powinienem poinformować lekarza,

wyrażam zgodę na filmowanie, fotografowanie i nagrywanie zabiegu z widocznymi elementami mojego ciała oraz ewentualne wykorzystanie dla celów naukowych / dydaktycznych (bez ujawniania moich danych)

oświadczam, że zostałem/em poinformowana/y o możliwości cofnięcia zgody.

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

**Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia WYRAŻAM DOBROWOLNIE ŚWIADOMĄ ZGODĘ na przeprowadzenie proponowanej operacji**

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

**Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia  NIE WYRAŻAM ZGODY /  COFAM UPRZEDNIO WYRAŻONĄ ZGODĘ\* na przeprowadzenie proponowanej operacji**

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

\* zaznacz właściwe

\*\* pacjent po ukończeniu 16 r.ż. – zgoda podwójna (pacjenta i przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego)

Opracowano na podstawie formularza zgody TCHP autorstwa Zespołu prof. M.Krawczyka w modyfikacji własnej dr J.Szopińskiego na potrzeby Oddziału Chirurgii i Żywienia Klinicznego Szpitala Kliczkiego im.dr.E. Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej - SPZOZ

Imię i nazwisko:  PESEL:  Nr ks. gt.:

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

<i>Data</i>	<i>Podpis lekarza</i>	<i>Podpis świadka</i>