



**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_F30

**ZGODA NA OPERACJĘ JAMY BRZUSZNEJ W TRYBIE NAGŁYM LUB PILNYM
Z POWODU OBJAWÓW „OSTREGO BRZUCHA”**

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Zostałem(am) wyczerpująco poinformowana (y) o:

1. Ogólny stan zdrowia, rozpoznanie.

Przyczyną kwalifikacji Pana/Pani do zabiegu operacyjnego są objawy tzw. "ostrego brzucha". Jest to zespół objawów, występujących przy chorobach jamy brzusznej, który pojawia się w sposób nagły i ulega szybkiej progresji. "Ostry brzuch" to stan bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia, do zgonu włącznie. Po przeprowadzeniu wstępnej diagnostyki oraz na podstawie badania klinicznego, chirurg uznał, że wymaga Pan/Pani zabiegu operacyjnego w trybie pilnym, ewentualne odłożenie zabiegu w czasie może skutkować pogorszeniem rokowania co do zakresu zabiegu i przeżycia.

Do najczęstszych przyczyn "ostrego brzucha" należą:

- **niedrożność przewodu pokarmowego**- stan, w którym dochodzi do zaburzenia fizjologicznego pasażu treści jelitowej w wyniku uwięźnięcia przepukliny, "zatkania" światła przewodu pokarmowego przez rosnący guz jelita, choroby zrostowej jelit, obecności ciała obcego, lub wad wrodzonych.
- **perforacja przewodu pokarmowego**- czyli przedziurawienie ściany żołądka, lub jelit. Najczęściej do perforacji dochodzi w wyniku choroby wrzodowej (ok. 70% przypadków) lub choroby nowotworowej.
- **ostre niedokrwienie jelit**- stan, w którym ilość krwi tętniczej dopływającej do jelita jest niewystarczająca w stosunku do zapotrzebowania. Dochodzi wtedy do obumarcia ściany jelita. Najczęstszą przyczyną niedokrwienia jest zator tętnicy zaopatrującej jelito (zwykle w przebiegu migotania przedsionków).
- **ostry stan zapalny narządów jamy brzusznej**: np. zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie pęcherzyka żółciowego, zapalenie uchyłków jelita grubego, stan zapalny innych odcinków przewodu pokarmowego
- **masywne krwawienie do przewodu pokarmowego**: w postaci wymiotów krwistych lub krwistych biegunek

2. Rodzaj i sposób przeprowadzenia zabiegu.

Dostęp do jamy brzusznej odbywa się przez laparotomię, czyli nacięcie powłok jamy brzusznej- skóry, tkanki podskórnej, przecięcie powięzi, mięśni brzucha i otrzewnej- błony wyściełającej jamę brzuszną od środka. W niektórych przypadkach wykonuje się dostęp laparoskopowy (mniej inwazyjny) – do jamy brzusznej wprowadza się najpierw igłę, wtłacza gaz celem stworzenia przestrzeni roboczej a następnie kamerę i narzędzia laparoskopowe. W niektórych przypadkach przyczynę dolegliwości można usunąć laparoskopowo, w innych należy wykonać konwencjonalną laparotomię (jak wyżej).

Dalsze postępowanie chirurgiczne zależy jest od przyczyny dolegliwości. W przypadku perforacji przewodu pokarmowego możliwe jest zeszywanie ściany jelita, niekiedy konieczne jest jednak zresekowanie (wycięcie) fragmentu żołądka lub części jelita cienkiego lub grubego. W określonych przypadkach istnieje konieczność wytonienia stomii

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

jelitowej, czyli tzw. "sztucznego odbytu" - ujścia światła jelita na powłokach brzusznych. Wyłoniona na brzucha część jelita zostaje zaopatrzona workiem stomijnym, do którego wypływa treść kałowa. W części przypadków po kilku, kilkunastu miesiącach istnieje możliwość odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego, które polega na operacyjnym zespoleniu części jelita. Nie we wszystkich przypadkach jednak jest to możliwe.

W niektórych przypadkach niedrożności przewodu pokarmowego istnieje konieczność resekcji (wycięcia) fragmentu jelita (cienkiego lub grubego), z możliwością zespolenia bliższego i dalszego fragmentu jelita, podczas pierwotnej operacji. Nie ma wówczas konieczności wyłaniania stomii jelitowej. W przypadku tzw. niedrożności zrostowej chirurg podczas zabiegu uwolni zrosty, które mogą zlepić ze sobą fragmenty jelit, powodując objawy niedrożności.

Podczas zabiegów operacyjnych przebiegających z rozlanym lub miejscowym zapaleniem otrzewnej, często stwierdza się w jamie brzusznej ropnie, czyli ograniczone zbiorniki płynowe, zawierające treść ropną. Najczęściej lokalizują się one w naturalnych zagłębieniach wewnątrz jamy otrzewnej, w okolicy nadwątrobowej, podprzeponowej, okołowyrostkowej, okołotętniczej, okołoesiczej, międzypętlowo i w miednicy małej. Dopiero ocena śródoperacyjna pozwala na dokładną ocenę lokalizacji i wielkości ropnia. Po jego zidentyfikowaniu chirurg nacina ropień, ewakuuje jego zawartość, wykonuje płukanie ropnia. Konieczne może być pozostawienie w jamie brzusznej kilku drenów (rurek), które usuwane są po kilku dniach.

W przypadku zapalnie zmienionych narządów, niektóre z nich wymagają usunięcia (wrostek robaczkowy, uchyłki jelita, pęcherzyk żółciowy). W razie krwawienia niekiedy konieczne jest podkucie krwawiącego owrzodzenia / resekcja żołądka lub fragmentu jelita.

3. Cel i oczekiwane korzyści przeprowadzenia zabiegu, rokowania.

Celem proponowanego zabiegu operacyjnego jest:

- **ostateczne rozpoznanie przyczyny „ostrego brzucha”**, zweryfikowanie podejrzeń wysuniętych na podstawie badań przed operacją;
- **usunięcie przyczyny „ostrego brzucha”** o ile jest to technicznie możliwe

Prezentowany Państwu zakres czynności, które mogą być wykonane podczas operacji jest szeroki ze względu na ostry charakter choroby. W przypadkach „ostrego brzucha” ważny jest czas, w którym usunie się ewentualną przyczynę choroby a samo otwarcie jamy brzusznej jest ostatnim badaniem diagnostycznym umożliwiającym i weryfikującym rozpoznanie. Przed operacją chirurg może jedynie podejrzewać z mniejszym lub większym prawdopodobieństwem przyczynę ostrego brzucha, zaś swoje podejrzenia weryfikuje podczas operacji i dopiero wówczas decyduje o zakresie zabiegu operacyjnego.

Rokowanie u pacjentów, którzy prezentują objawy ostrego brzucha, jest zawsze niepewne. Często przed zabiegiem trudno jest określić przyczynę zgłaszanych objawów. Dopiero dokładna ocena sytuacji śródoperacyjnej pozwala na określenie przyczyny i rokowania pacjenta. Szanse wyzdrowienia po zabiegu zależne są od wielu czynników- stanu ogólnego pacjenta/pacjentki, wieku, stanu odżywienia, chorób towarzyszących a także od zaangażowania chorego/chorej w rehabilitację w okresie pozabiegowym.

W zależności od wydolności organizmu, w niektórych przypadkach po zabiegu istnieje konieczność hospitalizacji w Oddziale Intensywnej Terapii.

4. Sposób postępowania przed i po wykonaniu zabiegu.

Zabieg poprzedzony jest wykonaniem badań laboratoryjnych oraz obrazowych. Zabiegi przeprowadzane z powodu objawów "ostrego brzucha" wykonywane są w trybie pilnym, ze strony anestezyjologicznej wskazane jest jednak, aby pacjent przez kilka godzin był na czczo (aby zminimalizować ryzyko ew. zachłyśnięcia podczas intubacji). Jeśli stan chorego/chorej jest stabilny, a istnieją nieprawidłowości w wynikach badań dodatkowych, konieczne może być wyrównanie zaburzeń jonowych/podaż preparatów krwi, lub krwiopochodnych, nawodnienie. Wszystko to ma na celu zwiększenie szans pacjenta/pacjentki na pomyślne zakończenie zabiegu.

Jeśli stan chorego nie pozwala na optymalne przygotowanie (np. krwawienia z przewodu pokarmowego) – chorego operuje się w trybie nagłym, bez przygotowania. Szczegółowych informacji na temat sposobu znieczulenia i ewentualnych powikłań i zagrożeń udzieli Państwu lekarz anestezjolog, przed zabiegiem operacyjnym.

Po zabiegu wskazane jest jak najszybsze uruchomienie pacjenta/pacjentki. W pierwszym dniu po zabiegu zalecane jest poruszanie się w obrębie łóżka, następnie stopniowo zwiększa się aktywność fizyczną. Odnośnie pielęgnacji rany i ewentualnej stomii zostanie Pan/Pani przeszkolony/a przez wyspecjalizowaną pielęgniarkę przed wypisem z Oddziału.

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gł.:

5. Możliwe następstwa i powikłania

- krwawienie śród- i pooperacyjne,
- zakażenie miejsca operowanego,
- całkowite, lub częściowe rozejście rany (wytrzewienie), niekiedy wymagające ponownego leczenia chirurgicznego,
- powstanie ropni wewnątrzbrzusznych,
- uszkodzenie innych narządów jamy brzusznej (śledziona, moczowody, nerki, wątroba, jelito, nerwy, naczynia krwionośne),
- nieszczelność ewentualnego zespolenia, powikłane powstaniem przetok, zapaleniem otrzewnej, koniecznością ponownej operacji, wstrząsem septycznym i zgonem,
- infekcje innych układów (głównie moczowego i oddechowego), uogólnione zakażenie (sepsa)
- zakrzepica żylna (niekiedy powikłana ciężką niewydolnością oddechową i zgonem),
- powikłania ze strony układu krążenia- nasilenie niewydolności krążenia, zawał mięśnia sercowego,
- uszkodzenie skóry przez środki dezynfekujące, lub przez prąd elektryczny stosowany podczas operacji,
- zakażenie wirusem HIV, HCV, HBV lub innymi chorobami zakaźnymi,
- naturalną konsekwencją zabiegu chirurgicznego są niekiedy dużych rozmiarów, szpecące blizny,
- zrosty jamy otrzewnej, które nawet po wielu latach mogą powodować niedrożność i wymagać ponownej interwencji chirurgicznej,
- zwężenie zespolenia jelitowego upośledzające pasaż treści jelitowej,
- przedłużająca się niedrożność pooperacyjna,
- zaburzenie wchłaniania mikro- i makroelementów, na skutek resekcji znacznych odcinków jelit, powikłane m.in. uporczywymi biegunkami,
- powstanie przepuklin pooperacyjnych, w tym okołostomijnej.

6. Konsekwencje zaniechania leczenia.

W przypadku braku Pana/Pani zgody na proponowane leczenie naraża się Pan/Pani na realne zagrożenie życia. Stan, w którym się Pan/Pani znajduje jest stanem bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia brak leczenia operacyjnego może skutkować rozlanym zapaleniem otrzewnej, rozwojem wstrząsu septycznego oraz zgonem lub krwotokiem prowadzącym do zgonu.

7. Alternatywne metody leczenia.

W zdecydowanej większości przypadków leczenie chirurgiczne jest jedyną możliwą drogą leczenia. Istnieje możliwość endoskopowego lub zachowawczego leczenia niektórych przypadków niedrożności przewodu pokarmowego a nawet perforacji przewodu pokarmowego, jednak Pana/Pani stan skłania zespół chirurgiczny do leczenia drogą operacyjną.

8. Przeciwwskazania do wykonania zabiegu.

Brak jest bezwzględnych przeciwwskazań do leczenia operacyjnego w przypadkach „ostrego brzucha”. Choroba która powoduje obserwowane u Pana/Pani objawy może prowadzić do zgonu. Nawet u chorych z dużym ryzykiem znieczulenia (np. z powodu niewydolności serca czy zaawansowanych chorób neurologicznych, dróg oddechowych czy w zaawansowanym wieku) w przypadkach „ostrego brzucha” mówimy o wskazaniach życiowych – tzn. pomimo niekiedy bardzo wysokiego ryzyka zgonu po operacji podejmujemy to ryzyko, ponieważ ryzyko związane z zaniechaniem leczenia operacyjnego jest jeszcze większe.

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:

Imię i nazwisko: PESEL: Nr ks. gt.:

- 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,
- 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 przyjąłam/ąłem 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,
- oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o możliwości cofnięcia zgody.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<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 proponowanego badania/zabiegu

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<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 proponowanego badania/zabiegu

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

* zaznacz właściwie

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

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>