



Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszcz  
ul. dr I. Romanowskiej 2, 85-796 Bydgoszcz,  
tel.: 52 374 30 00  
I część kodu resortowego: 04-00061  
Komórka organizacyjna, tel.  
VII część kodu resortowego: .....

Bydgoszcz, dnia .....

## FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA LECZENIE OPERACYJNE RESEKCJA ŻOŁĄDKA Z LUB BEZ LIMFADENEKTOMII (METODĄ KLASYCZNĄ/MĄŁOINWAZYJNĄ)

Nr historii choroby .....

Płeć.....

Pacjent: .....  
Nazwisko i imię pacjenta

PESEL: .....

Data urodzenia: RRRR/MM/DD

ADRES: .....  
ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość

Telefon: .....

KOD ICD-10: .....Rozpoznanie..... (wg międzynarodowej klasyfikacji) ....., (rozszerzenie rozpoznania).....

### PLANOWANA METODA OPERACYJNA:

☐ wycięcie żołądka z lub bez limfadenektomii metodą klasyczną (otwartą)

☐ wycięcie żołądka z lub bez limfadenektomii metodą małoinwazyjną (laparoskopowa / robotyczna)

*(Uwaga: W przypadku operacji małoinwazyjnej z przyczyn technicznych, anatomicznych lub bezpieczeństwa pacjenta może zajść konieczność konwersji, czyli przejścia do metody otwartej).*

### INFORMACJA O PROPONOWANYM SPOSOBIE LECZENIA:

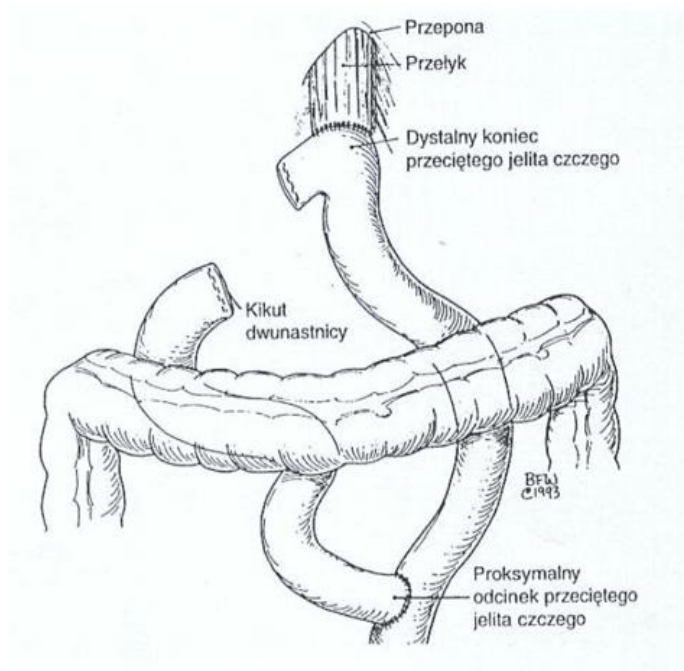
Zabieg polega na chirurgicznym usunięciu żołądka (całkowitym – gastrektomia całkowita lub częściowym – gastrektomia subtotalna/częściowa, zależnie od lokalizacji i stopnia zaawansowania zmiany), najczęściej wraz z regionalnymi węzłami chłonnymi (limfadenektomia – usunięcie węzłów chłonnych wokół żołądka oraz wzdłuż głównych gałęzi naczyń trzewnych).

Po usunięciu żołądka ciągłość przewodu pokarmowego zostaje odtworzona poprzez połączenie jelita cienkiego z przełykiem (w przypadku całkowitego usunięcia) lub z pozostałym fragmentem żołądka (metodą Roux-en-Y lub zespoień pętlowych). W niektórych sytuacjach klinicznych wykonuje się częściową resekcję żołądka bez łączenia z innymi częściami przewodu pokarmowego.

Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu ogólnym. W metodzie klasycznej operacja wykonywana jest przez cięcie w powłokach jamy brzusznej, w linii pośrodkowej górnej. W metodzie małoinwazyjnej (laparoskopowej / robotycznej) operacja wykonywana jest przez kilka niewielkich nacięć w powłokach jamy brzusznej przy użyciu mikrokamery i narzędzi chirurgicznych, z dodatkowym nacięciem do usunięcia wyciętego narządu.

Po zabiegu okres rekonwalescencji i powrotu do sprawności trwa kilka dni, chory może otrzymywać płyny drogą doustną najczęściej od 2-3 doby po zabiegu.

Jeśli chory otrzymywał chemioterapię przed zabiegiem, będzie kwalifikowany do takiego leczenia także po zabiegu. Rozpoczyna się ono najczęściej 4-6 tygodni po zabiegu.



#### OCZEKIWANE KORZYŚCI ZABIEGU:

- **Doszczętne (onkologiczne) usunięcie zmiany nowotworowej** żołądka, najczęściej wraz z okolicznym układem chłonnym (limfadenektomia D2), co stanowi kluczowy element leczenia przyczynowego i jest podstawą leczenia radykalnego,
- **Zapobieganie powikłaniom guza nowotworowego**, takim jak: całkowita niedrożność przewodu pokarmowego, krwawienia z przewodu pokarmowego czy perforacja (pęknięcie) ściany żołądka,
- Uzyskanie materiału histopatologicznego, dającego podstawę do postawienia pełnej diagnozy i określenia stopnia zaawansowania,
- **Poprawa rokowania** i umożliwienie stosowania dalszego leczenia uzupełniającego (np. chemioterapii lub radioterapii).

#### RYZYKO ZABIEGU DLA PACJENTA:

Jak każdy zabieg operacyjny, wytworzenie gastrektomii z limfadenektomią D2 wiąże się z ryzykiem powikłań, w tym:

- nieszczelności zespolenia (np. przełykowo-jelitowego lub jelitowo-jelitowego) i wycieku treści jelitowej/enzymów trawiennych,
- krwawienia śród- lub pooperacyjnego,
- zakażenia rany operacyjnej, ropni wewnątrzbrzusznych, zapalenia otrzewnej, posocznicy (sepsy),
- uszkodzenia narządów sąsiednich (śliznica – co może wymagać jej usunięcia, trzustki – co może prowadzić do przetoki trzustkowej, wątroby, dróg żółciowych, jelit, naczyń),
- powikłań związanych ze znieczuleniem, powikłań krążeniowo-oddechowych, zakrzepicy i zatorowości płucnej,
- konieczności konwersji do operacji otwartej oraz powikłań odmy otrzewnowej (w metodzie małoinwazyjnej),
- bólu pooperacyjnego, przepukliny w bliźnie pooperacyjnej.

W rzadkich przypadkach mogą wystąpić powikłania ciężkie, stanowiące zagrożenie życia.

Zwiększone ryzyko powikłań może wynikać ze stanu zdrowia pacjenta (choroby współistniejące, wyniszczenie, wiek,



stan ogólny):

.....

**Szacowane ryzyko powikłań i zgonu wskutek zabiegu** – próbą matematycznego sposobu wyliczenia prawdopodobieństwa zdarzeń niepożądanych jest model oceny klinicznej tzw. skala POSSUM II. Ponieważ nie istnieje idealny model oceny, również ten nie uwzględnia wszystkich informacji (korzystnych i niekorzystnych), które mogą mieć znaczenie w przypadku indywidualnego pacjenta.

**Szacowane ryzyko powikłań i zgonu wskutek zabiegu** – próbą matematycznego sposobu wyliczenia prawdopodobieństwa zdarzeń niepożądanych jest model oceny klinicznej tzw. skala P-POSSUM. Ponieważ nie istnieje idealny model oceny, również ten nie uwzględnia wszystkich informacji (korzystnych i niekorzystnych), które mogą mieć znaczenie w przypadku indywidualnego pacjenta.

**Szacowane ryzyko powikłań po zabiegu wg P-POSSUM wynosi:** .....%

**Szacowane ryzyko zgonu wskutek zabiegu wg P-POSSUM wynosi:** .....%

#### SKUTKI ODLEGŁE ZABIEGU

Rokowanie zależy przede wszystkim od choroby podstawowej i stopnia zaawansowania nowotworu. Wszyscy chorzy po całkowitej resekcji żołądka wymagają suplementacji witaminy B12 do końca życia. Możliwe odległe następstwa obejmują:

- konieczność trwałej modyfikacji sposobu żywienia (częste, małe objętościowo posiłki),
- wystąpienie tzw. zespołu poresekcyjnego (*dumping syndrome* – osłabienie, poty, zawroty głowy, biegunki lub hipoglikemia po posiłku),
- zaburzenia wchłaniania, niedokrwistość (anemia z niedoboru witaminy B12 i żelaza) wymagające suplementacji,
- spadek masy ciała oraz zaburzenia trawienia.

#### ALTERNATYWNE SPOSOBY POSTĘPOWANIA

Alternatywne metody leczenia (np. wyłączna chemioterapia, radioterapia lub leczenie paliatywne) mają w przypadku leczenia nowotworów żołądka ograniczoną skuteczność, mogą spowolnić przebieg choroby i nie dają szansy na doszczętne wyleczenie choroby. Wybór metody zależy od stanu ogólnego pacjenta, choroby podstawowej oraz ustaleń wielodyscyplinarnego zespołu (konsylium onkologicznego).

#### SKUTKI ODMOWY I NIEPODJĘCIA PROPONOWANEGO LECZENIA

Niepodjęcie leczenia operacyjnego może prowadzić do dalszego postępu choroby nowotworowej, nieuchronnego ryzyka powstania niedrożności przewodu pokarmowego, ciężkich krwawień, perforacji ściany żołądka, postępującego wyniszczenia (kacheksji), a w konsekwencji do zagrożenia życia i zgonu.

---

Powyższe informacje mają służyć zrozumieniu przez pacjenta czynności podejmowanych przez personel medyczny w celu poprawy jego stanu zdrowia. Powyższy tekst nie ma na celu wywołania strachu przed zabiegiem, lecz jest jedynie informacją o nim. Jego celem jest również uświadomienie pacjentom, że każdy, nawet najmniejszy zabieg może być obciążony pewnymi komplikacjami. W razie jakichkolwiek wątpliwości, niezrozumienia całości lub fragmentu informacji prosimy o zgłoszenie się do lekarza prowadzącego. Jeśli



chce Pan/i uzyskać dodatkowe informacje na temat choroby i leczenia, proszę skontaktować się z lekarzem prowadzącym.

**Uwagi pacjenta:**

.....

.....

.....

.....

data, godzina

.....

podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

**Oświadczenie**

Oświadczam, że informacje o planowanym leczeniu, jego metodzie i możliwych komplikacjach z niego wynikających zostały mi przedstawione przez lekarza w sposób wyczerpujący i przystępny oraz że są one dla mnie całkowicie zrozumiałe. Oświadczam, że miałem możliwość zadawania pytań i otrzymałem stosowne wyjaśnienia zgłaszanych wątpliwości. Zaświadczam, że nie zataiłem żadnych informacji, udzieliłem lekarzowi wszystkich informacji o stanie zdrowia mogących mieć znaczenie dla leczenia i przeprowadzanego zabiegu. Jednocześnie wyrażam świadomą zgodę na proponowane mi leczenie i upoważniam lekarzy do wykonywania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających oraz zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu leczenia i przeprowadzenia zabiegu, w jego trakcie, w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie tego wymagała zaistniała sytuacja. Rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia.

**Oświadczam, że zapoznałem się z powyższym tekstem  
wyrażam świadomą zgodę na proponowane leczenie**

.....

data, godzina

.....

podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

.....

podpis i pieczęć lekarza



**Nie wyrażam zgody się na przeprowadzenie u mnie zabiegu operacyjnego i zostałem poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia**

.....

data, godzina

.....

podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

.....

podpis i pieczęć lekarza

**Oświadczam, iż poinformowałem pacjenta / jego przedstawiciela ustawowego o planowanym sposobie leczenia oraz pouczyłem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, mogących wystąpić podczas bądź na skutek przeprowadzonego zabiegu.**

.....

data, godzina

.....

podpis i pieczęć lekarza

#### **Zgoda na wykonywanie zdjęć i/lub nagranie zabiegu operacyjnego**

Ja niżej podpisany, przyjmuję do wiadomości, że szpital dysponuje warunkami technicznymi pozwalającym na rejestrację w części lub całości niektórych etapów mojego leczenia, w tym zabiegu operacyjnego. Wykonywane zdjęcia i/lub nagrania są pozbawione danych identyfikujących pacjenta, mają charakter anonimowy i ich wykorzystanie jest ograniczone wyłącznie do celów naukowych i szkoleniowych personelu. Wyrażona zgoda na wykonywanie zdjęć i nagrań jest nieograniczona czasowo i terytorialnie, dotyczy wszystkich zdjęć i nagrań wykonanych w procesie leczenia pacjenta. Wobec powyższego:

- ☐ wyrażam zgodę na zdjęcia i nagrania w trakcie mojego leczenia.
- ☐ nie wyrażam zgody na zdjęcia i nagrania w trakcie mojego leczenia.

.....

data, godzina

.....

podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego



**Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:**

.....

.....

.....

.....

.....

data, godzina

.....

podpis i pieczęć lekarza