



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:

ZG-184 edycja 1
strona 1 z 7

Bydgoszcz, dnia

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA RESEKCYJNY ZABIEG KOLOREKTALNY

Nr historii choroby

Płeć.....

Pacjent:

PESEL:

Data urodzenia: RRRR/MM/DD

Nazwisko i imię pacjenta

ADRES:

Telefon:

ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość

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

PLANOWANA METODA OPERACYJNA:

Rozpoznano u Pana/Pani zmianę/guz w obrębie jelita grubego. Niezbędne jest wykonanie resekcji w obrębie jelita grubego.

Z uwagi na lokalizację zmiany w jelicie grubym leczenie operacyjne to:

☐ wycięcie prawej połowy okrężnicy z dystalnym, kilkucentymetrowym odcinkiem jelita krętego (hemikolektomia prawostronna)

☐ wycięcie lewej połowy okrężnicy (hemikolektomia lewostronna)

☐ resekcja esicy

☐ przednia resekcja odbytnicy (wycięcie fragmentu esicy oraz odbytnicy) – zabieg z możliwością wytworzenia stomii pętlowej na jelicie cienkim (czasowej) / resekcja odbytnicy sp. Hartmanna (wycięcie fragmentu esicy oraz odbytnicy) – zabieg z wytworzeniem stomii na jelicie grubym (zazwyczaj na całe życie)

☐ brzuszno-kroczone wycięcie odbytnicy lub brzuszna - krzyżowe wycięcie odbytnicy (wycięcie dystalnego odcinka esicy, całej odbytnicy oraz odbytu od strony krocza lub okolicy krzyżowej) – zabieg z wytworzeniem stomii na jelicie grubym na całe życie

☐ kolektomia (wycięcie całego jelita grubego) z wyłonieniem stomii stałej

☐ kolektomia (wycięcie całego jelita grubego) z wytworzeniem zespolenia jelitowego

☐ dwuodcinkowa resekcja jelita grubego z uwagi na wieloogniskowość choroby nowotworowej z możliwością wyłonienia stomii czasowej lub stałej

☐ wycięcie innych narządów / tkanek objętych procesem chorobowym (np. fragmentu jelita cienkiego, pęcherza moczowego, narządu rodowego, gruczołu krokowego, fragmentu wątroby; innych narządów objętych procesem chorobowym)

Inne:.....

Zabieg wycięcia jelita grubego obejmuje także wycięcie spływu chłonnego. Możliwe jest także rozszerzenie zabiegu o inne struktury.

Opis możliwego rozszerzenia zakresu zabiegu:

.....



INFORMACJA O PROPONOWANYM SPOSOBIE LECZENIA:

Zabieg odbywa się w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym. W zależności od warunków klinicznych operacja wykonywana jest techniką:

- otwartą (klasyczną) – operacja odbywa się poprzez zazwyczaj jedno nacięcie długości minimum kilkunastu centymetrów,
- laparoskopową: poprzez drobne nacięcia długości 5-12mm wprowadzane są porty, przez które pod kontrolą kamery chirurg przeprowadza zabieg narzędziami chirurgicznymi; zazwyczaj jedno z cięć jest większe aby umożliwić ekstrakcję wyciętego narządu. W razie konieczności (zaawansowanie choroby, warunki operacyjne) istnieje ryzyko do konwersji do metody otwartej,
- robotową (da Vinci) : podobnie do laparoskopii poprzez drobne nacięcia wprowadzane są porty, przez które operator steruje z konsoli, a asystent pracuje bezpośrednio przy pacjencie. Zazwyczaj jedno z cięć jest większe aby umożliwić ekstrakcję wyciętego narządu. W razie konieczności (zaawansowanie choroby, warunki operacyjne) istnieje ryzyko do konwersji do metody otwartej.

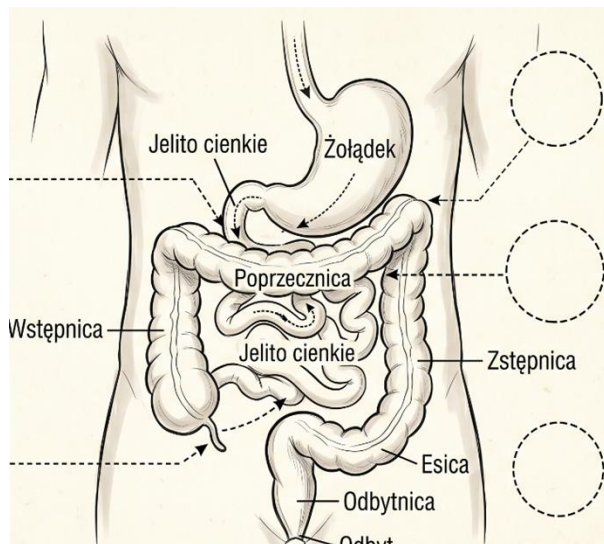
Wyniki leczenia onkologicznego (przeżycia całkowite, przeżycia wolne od choroby i in.) są podobne dla wszystkich wymienionych sposobów przeprowadzenia operacji. Zabiegi małoinwazyjne (laparoskopowe, robotyczne) są powiązane z mniejszym urazem chirurgicznym, dają szansę na szybszy powrót do sprawności po zabiegu, krótszy czas hospitalizacji, itp.

Zakres zabiegu zawsze obejmuje wypreparowanie i usunięcie fragmentu jelita z guzem i okolicznymi węzłami chłonnymi. Po resekcji, w miarę możliwości, chirurg zspala zdrowe końce jelita, odtwarzając ciągłość przewodu pokarmowego. W przypadku trudności technicznych (niedrożność, perforacja, uwarunkowania anatomiczne) lub w zależności od specyfiki zabiegu (np. operacja sp. Hartmanna lub brzuszno-kroczone wycięcie odbytnicy), konieczne staje się wyłonienie stomii, czyli umocowanie końca jelita ponad powłokami brzucha (tzw. "sztucznego odbytu"). Niekiedy może być wytworzona stomia czasowa (protekcyjna) – ma ona za zadanie zachować lepsze warunki do gojenia wytworzonego zespolenia jelitowego w obrębie jelita grubego poprzez wyeliminowanie pasażu treści jelitowej w miejscu gojącego się jelita grubego. Po potwierdzeniu w badaniach (endoskopia, badania obrazowe) wygojenia zespolenia jelitowego, stomia protekcyjna jest likwidowana - wykonywane jest odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego. Taki zabieg wykonywany jest zazwyczaj po 6-12 miesiącach od pierwotnego zabiegu.

W przypadku stwierdzenia podczas zabiegu większego zaawansowania niż wskazywały na to badania przedoperacyjne (np. naciekania sąsiednich narządów – jelita cienkiego, pęcherza moczowego, narządu rodowego, gruczołu krokowego, wątroby, śledziony, nerki, moczowodu itp.) istnieje możliwość konieczności resekcji części bądź całości zajętych przez nowotwór narządów lub struktur.



W sytuacji gdy podczas zabiegu chirurg stwierdzi brak możliwości resekcji zajętego przez nowotwór narządu (np. naciek nowotworu na inne struktury bez możliwości wykonania bezpiecznej resekcji), w sytuacji gdy występują objawy zaburzenia drożności przewodu pokarmowego, zabieg może obejmować wyłonienie stomii powyżej guza lub wykonaniu zespolenia omijającego (połączeniu jelit omijającym guz, aby umożliwić pasaż treści jelitowej).



rysunek poglądowy przewodu pokarmowego

PRZEBIEG POOPERACYJNY I PRZYGOTOWANIE DO ZABIEGU

Bezpośrednio po zabiegu przebywa się w sali nadzoru pooperacyjnego. Rozpoczęcie diety doustnej następuje po decyzji lekarza. W standardowym niepowikłanym przebiegu rozpoczęcie żywienia doustnego następuje w 1. dobie po zabiegu. Należy spodziewać się bólu w miejscu operowanym i ran pooperacyjnych, luźniejszych stolców i nudności (zwłaszcza w pierwszych dniach). Wypis ze szpitala następuje zwykle w 5-7 dobie przy niepowikłanym przebiegu.

Przygotowanie: Należy być na czczo od północy przed operacją. W dniu poprzedzającym zabieg zwykle przeprowadzone jest oczyszczenie jelita, podobnie jak przed kolonoskopią. Przed zabiegiem wymagana jest kąpiel. Prosimy o zdjęcie biżuterii (zwłaszcza obrączek i pierścionków). Rano należy przyjąć jedynie niezbędne leki popijając minimalną ilość wody (zgodnie z zaleceniami anestezjologa). Zatajenie stosowania leków (zwłaszcza przeciwkrzepliwych) grozi poważnymi konsekwencjami.

OCZEKIWANE KORZYŚCI ZABIEGU:

- możliwość usunięcia zmiany/guza jelita grubego, wyleczenia choroby nowotworowej
- możliwość jednoczasowego leczenia przyczynowego dolegliwości,
- zmniejszenie objawów chorobowych (np. bólu, niedrożności), przywrócenie drożności przewodu pokarmowego
- zapobieganie dalszej progresji choroby,
- poprawa stanu ogólnego pacjenta.
- Zapobieganie powikłaniom choroby nowotworowej



RYZIKO ZABIEGU DLA PACJENTA:

Każdy zabieg niesie ryzyko powikłań, zależne m.in. od obciążeń pacjenta. Do najważniejszych należą:

- Chirurgicalne: krwawienia śród- i pooperacyjne (niekiedy wymagające transfuzji lub reoperacji), nieszczelność i rozejście zespolenia jelitowego skutkujące zapaleniem otrzewnej i przetoką, zakażenia rany i ropnie, niedrożność jelit (mechaniczna / porażenna);
- Uszkodzenia narządów sąsiednich: Śledziony, wątroby, moczowodów i innych części układu moczowego, innych części przewodu pokarmowego, narządów miednicy, naczyń krwionośnych;
- Zaburzenia narządów miednicy: Ze względu na preparowanie tkanek w miednicy mniejszej, mogą wystąpić zaburzenia urologiczne i seksualne (impotencja, brak wytrysku, zaburzenia odczuwania orgazmu, nietrzymanie moczu), obniżenie lub brak płodności, a także zaburzenia funkcji zwieraczy odbytu (nietrzymanie stolca/gazów);
- Ogólnoustrojowe: zapalenie płuc, niewydolność serca, zakrzepica żył głębokich i zator tętnicy płucnej; zakażenia WZW B, C lub HIV;
- Odległe: Zrosty otrzewnowe (ryzyko niedrożności), przepukliny pooperacyjne lub okołostomijne, problemy ze stomią, biegunki, zaparcia;
- W rzadkich przypadkach mogą wystąpić powikłania ciężkie, w tym zagrożenie życia lub zgon.

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 po zabiegu zależy głównie od choroby podstawowej oraz zakresu przeprowadzonej operacji. Możliwe najczęstsze odległe następstwa obejmują:

- przepuklinę pooperacyjną;
- zrosty wewnątrzbrzuszne;
- przewlekłe dolegliwości bólowe;
- zaburzenia pasaży jelitowego, w tym niedrożność;
- problemy związane z blizną pooperacyjną;
- Biegunki, trudności z oddawaniem stolca, zaburzenia w oddawaniu stolca.

W przypadku zabiegów w miednicy mniejszej - zaburzenia funkcji seksualnych, zaburzenia oddawania moczu, a także objawy składające się na zespół po przedniej resekcji odbytnicy obejmujące m.in. parcia naglące, częste wypróżnienia, fragmentację stolca, nietrzymanie i trudności w odróżnianiu gazów od stolca oraz trudności w wypróżnianiu.

ALTERNATYWNE SPOSOBY POSTĘPOWANIA

- W przypadku nowotworów złośliwych jelita grubego (głównie raków) większość innych sposobów leczenia skutkuje spowolnieniu przebiegu choroby nowotworowej – należą do nich: leczenie systemowe (chemioterapia, immunoterapia) oraz radioterapia.



- U wybranych chorych na raka odbytnicy z pełną odpowiedzią kliniczną (całkowity zanik guza w badaniu klinicznym, endoskopowym i obrazowym) po leczeniu neoadjuwantowym możliwe jest zastosowanie strategii watch-and-wait z intencją wyleczenia.

SKUTKI ODMOWY I NIEPODJĘCIA PROPONOWANEGO LECZENIA

Niepodjęcie leczenia operacyjnego może prowadzić do:

- progresji choroby (progresja miejscowa jak i powstanie przerzutów odległych),
- nasilenia dolegliwości,
- pogorszenia stanu ogólnego i miejscowego,
- powikłań związanych z obecnością guza (np. niedrożność mechaniczna, krwawienie, perforacja),
- konieczności leczenia w trybie pilnym,
- zwiększenia ryzyka powikłań 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

WZÓR