

WYSPA MEDYCYNY PRZYJAZNEJ.PL Sp. z o. o. ul. Toruńska 15 lok. AU1, 80 – 747 Gdańsk,   
+48 600 006 913 [kontakt@wyspamedycynyprzyjaznej.pl](mailto:kontakt@wyspamedycynyprzyjaznej.pl)  
NIP: 5833285294 REGON: 369429680

**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGOWEJ PROCEDURY MEDYCZNEJ**

Imię i nazwisko

PESEL

Data zabiegu

Nazwa zabiegu

Obliteracja żylaków odbytu sp. Barrona

Szanowni Państwo,

Zgłosiliście się do lekarza w związku z rozpoznaniem żylaków odbytu.

Po przeprowadzonych badaniach lekarz zaproponował Państwu leczenie zabiegowe.

Zabieg Barrona to metoda małoinwazyjnego leczenia choroby hemoroidalnej, polegająca

na założeniu u podstawy zmienionego guzka krwawniczego (hemoroidu) gumowej opaski

powodującej jego niedokrwienie, a w konsekwencji martwicę, powstanie blizny i samoistne

oddzielenie się guzka.

Leczenie żylaków odbytu metodą gumkowania cechuje bardzo wysoka skuteczność - około

80-90% w grupie pacjentów z zaawansowaniem choroby hemoroidalnej w stopniu II w

skali Golighera. Skutecznośc leczenia w przypadku pacjentów z żylakami odbytu III stopnia

w skali Golighera ocenia się na 70%.

Zabieg rozpoczyna się od wprowadzenia do odbytu sztywnego wziernika zaopatrzonego w

źródło światła za pomocą którego uwidacznia się sploty hemoroidalne.

Po wytypowaniu najbardziej zmienionych chorobowo guzków, za pomocą specjalnej tulei

połączonej z pompą próżniową zmieniony guzek krwawniczy zasysa się i u jego podstawy

zakłada gumową opaskę. Gumka zakładana jest w obrębie śluzówki nie unerwionej

bólowo, w związku z tym zabieg jest prawie bezbolesny. Jeśli ból się pojawi, gdy założono

już podwiązki, należy je przeciąć. W okresie 5-10 dni po zabiegu może wystąpić

krwawienie z odbytu o niewielkim nasileniu – jest to związane z oddzielaniem się guzka od

jego podstawy.

W związku z tym, że po założeniu gumki guzek krwawniczy znacznie zwiększa swoją

objętość zdarza się, że nie jest możliwe jednoczasowe wyleczenie wszystkich zmienionych

patologicznie guzków krwawniczych (zazwyczaj zabieg wykonuje się na 2-3 hemoroidach) i

procedurę trzeba powtarzać po upływie około 4 tygodni.

POWIKŁANIA METODY BARRONA

Powikłania po leczeniu hemoroidów są niezwykle rzadkie, lecz w niektórych przypadkach

mogą się pojawić:

- obrzęk okolicy odbytu

- zakrzepica splotów żylnych przyodbytowych

- zwężenie kanału odbytu

- szczelina odbytu

- uszkodzenie mięśni zwieraczy odbytu, skutkujące objawami nietrzymania stolca lub

gazów, przejściowymi lub stałymi

- silniejsze krwawienia, przy których zachodzi konieczność transfuzji krwi

- owrzodzenie, zakażenia rany (prowadzi to do przedłużonego gojenia, a czasem do

powstawania ropni lub przetok okołoodbytniczych)

- uszkodzenia gałązek nerwów skórnych, powodujące czasowe lub stałe zaburzenia czucia

okolicy okołoodbytniczej

- zbyt duże i przeszkadzające blizny, które mogą powstawać w przypadku skłonności

osobniczych lub komplikacji w procesie gojenia

- zaburzenie ukrwienia na skutek zamknięcia lub uszkodzenia naczynia krwionośnego,

które może wywołać martwicę tkanek

- zaparcia

- zatrzymanie moczu

- zakażenie układu moczowego

- wznowa żylaków po zabiegu – najczęściej ma związek z dalszym rozwojem choroby,

która ma charakter postępujący i nasila się wraz z wiekiem pacjenta

- brak efektu, czyli zachowanie niezmienionej średnicy i przepływu - może wymagać

powtórzenia zabiegu.

Możliwe jest także wystąpienie innych, nie zawsze możliwych do przewidzenia powikłań.

MOŻLIWE POSTĘPOWANIE TOWARZYSZĄCE ZABIEGOWI:

W trakcie zabiegu może dojść́ do sytuacji wymagającej zastosowania dodatkowej

procedury postępowania, nie uzgodnionej przed zabiegiem z pacjentem.

1) Wystąpienie powikłań w trakcie zabiegu lub w okresie pozabiegowym może

spowodować konieczność́ wykonania dodatkowych zabiegów, nie omawianych wcześniej z

pacjentem.

2) Dodatkowe leczenie w przypadku wystąpienia powikłań tzn. wykonanie dodatkowej

procedury lub zastosowanie innego leczenia.

3) Nawet kiedy ryzyko wystąpienia powikłań nie jest duże i dochodzi do nich rzadko,

należy liczyć się z możliwością̨

ich wystąpienia i zabiegami mającymi na celu

poprawę ich wyniku.

CZYNNIKI ZWIĘKSZAJĄCE RYZYKO ZE STRONY PACJENTA:

1) Na ryzyko zabiegu mają wpływ stan ogólny chorego oraz choroby współistniejące oraz

choroby przebyte.

2) Na ryzyko infekcji szczególnie narażeni są chorzy tuż po przebytych infekcjach, nosiciele

bakterii (nos, gardło, zęby próchnicze, infekcje dróg moczowych, ginekologiczne, skóry i

paznokci).

3) Bliznowce pooperacyjne mogą tworzyć się u chorych ze skłonnościami do tego procesu.

4) U chorych na cukrzycę istnieje większe ryzyko infekcji i gojenia rany.

5) U chorych z osłabioną odpornością̨

lub zażywających leki immunosupresyjne istnieje

większe ryzyko infekcji.

NAJWAŻNIEJSZE INFORMACJE ZWIĄZANE Z OKRESEM POZABIEGOWYM:

1) Pacjent/ka zazwyczaj wraca do normalnych, codziennych czynności.

2) W niektórych przypadkach, np. z uwagi na szczególne warunki pracy lub inne

okoliczności, orzeka się o niezdolności do pracy.

3) Nie przewiduje się specjalnych wskazówek dietetycznych, należy jednak dbać o

prawidłowe codzienne wypróżniania, unikając zaparć.

4) Należy unikać ekspozycji skóry na wysokie temperatury (np. gorące kąpiele).

5) Wieczorem w dniu zabiegu oraz dnia następnego należy powstrzymać się od

nadmiernego wysiłku fizycznego.

6) Ból mogący pojawić się po zabiegu jest zwykle nieznaczny, pacjenci podają raczej

wrażenie „ściągania” i na ogół nie wymaga stosowania leków przeciwbólowych.

7) W okresie około 3-4 tygodni po zabiegu nie korzystamy z basenów, saun, kąpieli w

naturalnych zbiornikach wodnych.

OŚWIADCZENIA PACJENTA:

1) Niniejszym oświadczam, że zgadzam się na przeprowadzenie w/w zabiegu. Biorę

pod uwagę zarówno korzyści, jak również ryzyko związane z zabiegiem. Wyrażam

zgodę na zastosowanie w trakcie zabiegu omówionego ze mną przez lekarza

sposobu/-ów znieczulenia.

2) Zostałem/-am wyczerpująco poinformowany/-na o:

- przeciwskazaniach do wykonania zabiegu,

- technice i metodzie przeprowadzania zabiegu, pochodzeniu i sposobie działania

preparatów i urządzeń, które zostaną użyte do wykonania zabiegu,

- objawach jakie mogą wystąpić podczas i po zabiegu, przewidywanym okresie

utrzymywania się rezultatów zabiegu, średniej ilości zabiegów, których wykonanie

niezbędne jest do osiągnięcia i utrzymania efektów.

3) Zostałem/-am poinformowany/a, że ilość zabiegów oraz ich efekty nie są identyczne dla

każdego pacjenta i że uzależnione są od: postępowania pozabiegowego oraz

indywidualnych predyspozycji.

4) Zostałem poinformowany, że notuje się indywidualne przypadki, w których

osiągnięcie oczekiwanych efektów zabiegu jest niemożliwe oraz przyjmuję to ryzyko.

5) Jestem świadomy/-a, że rozbieżność pomiędzy oczekiwanym przeze mnie efektem

zabiegu a jego rzeczywistym efektem — mieszczącym się w granicach skali, o której

zostałem uprzedzony, nie może byt podstawą roszczeń odszkodowawczych.

6) Udzielono mi wyczerpującej informacji na temat wszelkich możliwych do przewidzenia

następstw i powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z zabiegiem. Miałem możliwość

zadawania pytań i uzyskałem na nie odpowiedzi. Powyższe ryzyko zabiegowe przyjmuję i

nie będę z tego tytułu zgłaszać jakichkolwiek roszczeń.

7) Oświadczam, że zatajenie którejkolwiek informacji, które są ważne do wykonania

zabiegu, traktowane jest jako przyczynienie się pacjenta do powstania szkody –

między innymi w postaci rozstroju zdrowia, uszkodzenia ciała, negatywnego lub

niepełnego efektu zabiegu, wystąpienia niepożądanych zdarzeń medycznych, za

którą lekarz wykonujący zabieg nie ponosi odpowiedzialności.

8) Oświadczam, że wyrażam zgodę na rozszerzenie zakresu zabiegu i/lub zmianę

sposobu wykonania w trakcie jego trwania (dalej „rozszerzenie pola operacyjnego”),

jeśli odstąpienie od tego rodzaju czynności mogłoby stanowić w ocenie lekarza

zagrożenie dla mojego życia lub skutkować ciężkim uszkodzeniem ciała lub

rozstrojem zdrowia. Przed wyrażeniem zgody na „rozszerzenie pola operacyjnego”,

zostałem poinformowany o korzyściach związanych z wyrażeniem zgody, w tym

eliminowaniu ryzyka zdrowotnego, wystąpieniu negatywnych następstw, wydłużeniu

procesu leczenia.

9) Zostały mi przekazane zalecenia i wskazówki pielęgnacyjne do stosowania po

wykonanym zabiegu, zapoznałem się z nimi i zobowiązuję się ich przestrzegać.

10) Informacja przekazana przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w

pełni zrozumiała.

11) W razie wystąpienia niepokojących mnie objawów skontaktuję się z lekarzem

wykonującym zabieg.

12) Po zapoznaniu się z powyższymi informacjami, oświadczam, że nie zataiłem/-am

żadnych istotnych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia.

Dysponując niezbędną ilością czasu zapoznałem/am się z treścią dokumentu.

Pacjent i lekarz potwierdzają przeprowadzenie rozmowy dotyczącej rodzaju planowanego

zabiegu, w trakcie której lekarz przystępnie wyjaśnił jakie są do niego wskazania, na czym

polega, jaki jest jego planowany przebieg, jakie mogą wystąpić: nieprzyjemne dolegliwości

subiektywne, działania niepożądane zastosowanych substancji leczniczych lub powikłania

wynikające z samego zabiegu, a także jaka jest planowana dalsza kontrola / diagnostyka /

leczenie.

Udzielono także informacji odnośnie następstw niepoddania się zabiegowi, ewentualnie

możliwych alternatywnych metod postępowania.

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu.

Gdańsk \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis Pacjenta