

Imię i nazwisko Pacjenta:.....PESEL/Data urodzenia:.....

FORMULARZ ZGODY

I Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody

Imię i nazwisko Pacjenta:.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:.....

PESEL/Data urodzenia Pacjenta:.....

II Nazwa procedury medycznej lub zabiegu operacyjnego

Wytworzenie połączenia światła pęcherzyka żółciowego ze skórą (cholecystostomia) metodą laparoskopową / otwartą / drenaż przezskórny *

III Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się chorego

Kamica żółciowa jest chorobą dość powszechną. Stwierdzana jest w krajach rozwiniętych u 10% populacji 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 doraźnym (nagłym). W pewnych szczególnych sytuacjach usunięcie pęcherzyka żółciowego w trybie doraźnym może nie być możliwe ze względu na ciężki stan ogólny chorego. W takich przypadkach wykonuje się możliwie najkrótszą i najmniej obciążającą operację, polegającą na wytworzeniu przetoki pęcherzyka żółciowego ze światem zewnętrznym. Jest to zwykle pierwszy etap leczenia, w drugim etapie po ustabilizowaniu stanu ogólnego chorego usuwa się pęcherzyk żółciowy, jednocześnie zamykając uprzednio wykonaną przetokę.

IV Opis przebiegu proponowanej operacji

Wytworzenie połączenia pęcherzyka żółciowego ze światem zewnętrznym (przetoki) wykonuje się niezmiernie rzadko, w pewnych szczególnych sytuacjach, kiedy stan ogólny chorego nie pozwala na przeprowadzenie operacji radykalnej tj. usunięcia pęcherzyka żółciowego. Zabieg cholecystostomii może być przeprowadzony w znieczuleniu miejscowym, lub ogólnym. Po niewielkim nacięciu skóry i odnalezieniu pęcherzyka żółciowego przyszywa się jego koniec zwany dnem do powłok jamy brzusznej, a następnie wykonując niewielkie w nim nacięcie, opróżnia z żółci i ewentualnych kamieni. Otwór w pęcherzyku zabezpiecza się przed zamknięciem przyszywając go do skóry. Na skórę przykleja się worek stomijny do zbierania wydobywającej się treści. Jest to zazwyczaj pierwszy etap leczenia. W drugim etapie po ustabilizowaniu stanu ogólnego wycina się pęcherzyk

Imię i nazwisko Pacjenta:.....PESEL/Data urodzenia:.....

żółciowy i zamyka przetokę. Możliwe jest również wytworzenie przetoki drogą laparoskopową, wymaga to jednak znieczulenia ogólnego chorego („uśpienia”). Na początku zabiegu do jamy brzusznej wkłuwają 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 wkłuwają się trokary („zaostrzone rurki”) przez które wprowadza się kamerę i specjalne narzędzia. Chirurdzy patrząc na monitor telewizyjny mogą obserwować wszystko co się dzieje w jamie brzusznej, a jednocześnie używać narzędzi, którymi operują. Przetokę wykonuje się w miejscu przylegania pęcherzyka do powłok jamy brzusznej pod prawym łukiem żebrowym. Na przetokę nakleja się worek stomijny. Możliwe jest też wykonanie drenażu przezskórnego pęcherzyka żółciowego. Wymaga to znalezienia przy pomocy USG pęcherzyka w jamie brzusznej, a następnie, pod kontrolą USG wprowadzenia drenu do jego światła, który będzie odprowadzał żółć na zewnątrz. Umieszczony w pęcherzyku dren łączy się z workiem do którego odpływa żółć. Zazwyczaj w celu sprawdzenia położenia drenu po nakłuciu pęcherzyka żółciowego po kilku dniach wykonuje się badanie z użyciem kontrastu jodowego (cholangiografia). Możliwe jest utrzymywanie przetoki przez dłuższy czas, ale wiąże się to z częstszym występowaniem zakażeń dróg żółciowych.

V Opis innych dostępnych metod leczenia.

Zasadniczym sposobem leczenia zapalenia pęcherzyka żółciowego na tle kamicy jest wycięcie pęcherzyka żółciowego.

VI Opis powikłań standardowych

Zaciek żółci do jamy brzusznej mogący objawiać się: bólem prawego ramienia, dreszczami, gorączką, silnym bólem brzucha (zapaleniem otrzewnej) oraz krwotok do jamy brzusznej – oba powikłania wymagają zwykle operacyjnego otwarcia jamy brzusznej. Z uwagi na zwykle ciężki stan chorego w momencie wykonywania zabiegu każde występujące powikłanie jest poważne i zagraża zdrowiu i życiu.

VII Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia chorego

(Indywidualnie wypełnia lekarz opiekujący się chorym)

.....
.....
.....
.....

VIII Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Cholecystostomia w przypadku leczenia ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego jest zwykle pierwszym etapem leczenia. W drugim etapie po poprawie stanu ogólnego chorego usuwa się cały pęcherzyk żółciowy zamykając jednocześnie cholecystostomię.

Imię i nazwisko Pacjenta:.....PESEL/Data urodzenia:.....

IX Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

W przypadku rezygnacji z wykonania cholecystostomii możliwe jest powstanie ropniaka pęcherzyka żółciowego, przedziurawienie pęcherzyka, przetoki między pęcherzykiem a dwunastnicą lub jelitem (zagrożona niedrożnością żółciową jelita cienkiego) i żółtaczk mechanicznej spowodowanej przejściem złągów z pęcherzyka do przewodu żółciowego wspólnego. Wszystkie te powikłania mogą stanowić bezpośrednie zagrożenie życia.

X Oświadczenie pacjenta

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam* poinformowany/na* przez o proponowanym rodzaju leczenia. Oświadczam, iż miałem/łam* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam* na nie odpowiedź. Jeżeli macie Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia prosimy o ich wpisanie poniżej:

.....
.....
.....

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej /zabiegu)

.....
.....

Imię i nazwisko Pacjenta:.....PESEL/Data urodzenia:.....

.....

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia , badań, oraz przebytych chorób.

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Data i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia

.....

* niepotrzebne skreślić