

**INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMOJEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU FiLaC ( Laserowa Operacja Przetoki Odbytovej)**

.....

Wyrażam zgodę na wykonanie przez dr..... i jego współpracowników zabiegu:

.....

**1) OPIS CHOROBY:**

Przyczyną kwalifikacji do operacji, którą proponujemy Pani/Panu jest:

.....  
.....

Rozpoznano u Pana/Pani przetokę odbytową. Przetoka odbytowa to wąski kanał otoczony ziarniną, który swe ujście wewnętrzne ma w odbytnicy lub kanale odbytu, a zewnętrzne najczęściej na powierzchni skóry.

**2) METODA LECZENIA**

- Laserowa Operacja Zamknięcia Przetoki Odbytovej (FiLaC)

**3) OPIS ZABIEGU FiLaC ( Laserowa Operacja Zamknięcia Przetoki Odbytovej)**

Operacja przeprowadzana jest w znieczuleniu dożylnym oraz/lub w znieczuleniu miejscowym nasiękowym. Dokładnych informacji na temat znieczulenia i możliwych jego powikłań udzieli lekarz operator i lekarz anestezjolog. Zastosowane leczenie przeprowadzone jest przy pomocy lasera BIOLITEC LEONARDO. Zabieg FiLaC polega na wprowadzeniu światłowodu do wnętrza przetoki i równomiernym podaniu energii lasera na całej długości kanału. Doprowadza to do zniszczenia ścian kanału przetoki i do jego zamknięcia. Chirurgicznie zamyka się otwór wewnętrzny przetoki znajdujący się wewnątrz kanału odbytu.

Zabieg Laserowa Operacja Zamknięcia Przetoki Odbytovej (FiLaC) przeprowadzony jest w sterylnych warunkach przy zastosowaniu jednorazowego sprzętu.

Przygotowanie pacjenta do zabiegu:

Do ośrodka pacjent przyjmowany jest w godzinach wcześniej ustalonych na wizycie konsultacyjnej, wskazana jest obecność osoby towarzyszącej. Pacjent wymaga konkretnego przygotowania do zabiegu, które jest szczegółowo omawiane na pierwszorazowej wizycie. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza operatora o chorobach współistniejących, jak i przedstawić odpowiednie dokumenty potwierdzające leczenie. Pacjent powinien zapewnić sobie opiekę osoby trzeciej w pierwszej dobie po operacji.

Pacjent opuszcza nasz Ośrodek po około 2 godzinach od zakończeniu zabiegu.

Lekarz wyjaśnił mi korzyści wynikające z zastosowania zabiegu.

**4) MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ**

Różne, trudne do przewidzenia trudności techniczne występujące podczas zabiegu operacyjnego mogą spowodować, że pomimo starań podczas operacji, jak i po jej zakończeniu może dojść do

wystąpienia powikłań takich jak:

- ból pooperacyjny
- krwawienie śródoperacyjne i pooperacyjne, niekiedy wymagające przetoczenia krwi lub ponownej operacji
- przedłużenia krwawienia, po 7-16 dniach od zabiegu
- tworzenie się zakrzepów w układzie żylnym, co zagraża: zakrzepicą naczyń kończyn dolnych, naczyń jamy brzusznej, a w przypadku oderwania zakrzepu zatorom tętnicy płucnej, lub mikrozatorowością płuc powstaniem zatorów tętnic, które mogą spowodować między innymi zawał serca, udar mózgu, lub zamknięcia innych tętnic obwodowych
- powikłania ze strony układu krążenia- nasilenie niewydolności krążenia, zaburzenia rytmu serca, niedokrwienie mięśnia sercowego
- niekiedy mogą wystąpić uszkodzenia lub oparzenia skóry przez środki dezynfekcyjne, prąd elektryczny czy światło lasera stosowane podczas zabiegu
- alergie na leki stosowane w okresie okołoperacyjnym – szczególnie leki stosowane podczas znieczulenia, antybiotyki oraz środki przeciwbólowe.
- zakażenie rany
- obrzęk okolicy odbytu
- zakrzepica przyodbytowego splotu żylnego
- zakażenie układu moczowego
- uciążliwe krótkotrwałe zaparcia
- trudności z oddawaniem moczu
- powikłania związane z zakładaniem i obecnością wkłuc dożylnych( miejscowa infekcja, krwiak, obrzęk, zakażenia wkłucia)
- nietrzymanie stolca
- nawrót przetoki odbytovej
- zwężenie odbytu
- zaburzenia oddawania stolca gazów
- szczelina odbytu
- nietrzymanie stolca

Powikłania także mogą wynikać z reakcji na lek użyty do znieczulenia- lignokaina. Objawy niepożądane działania lignokainy to najczęściej parestezja i drętwienia wokół ust oraz w obrębie rąk, zwolnienia mowy, niepokój, euforia, senność, uczucie lęku, zaburzenia pamięci, rzadziej występują nudności, wymioty, drżenia mięśniowe, zaburzenia świadomości, w przypadku przedawkowania bradykardia, dekompensacja krążenia, omdlenie a w skrajnie ciężkich przypadkach zatrzymanie czynności serca. Reakcje alergiczne po zastosowaniu lidokainy występują niezwykle rzadko i zwykle mają charakter zmian skórnych, pokrzywki, obrzęków, objawów anafilaktycznych. Aby zapobiec wystąpieniu opisanych objawów stosujemy stężenie 0,1% lidokainy i podajemy minimalną wymaganą ilość leku.

Zostałem poinformowany o możliwości wystąpienia powikłań

#### 5) KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO PODCZAS JEGO TRWANIA:

W czasie zabiegu operacyjnego lekarz może stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie planowanego zabiegu.

Lekarz poinformował mnie o takiej możliwości.

## 6) OŚWIADCZENIA PACJENTA:

W pełni zrozumiałem informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem, oświadczam, że spełnione zostały moje wymagania co do informacji na temat rozpoznania, metod leczniczych, dających się przewidzieć następstw i powikłań związanych z tym zabiegiem.

Uważam, że mam odpowiednią wiedzę, na której mogę opierać wyrażenie świadomej zgody na przeprowadzenie zabiegu: Laserowa Operacja Zamknięcia Przetoki Odbytowej (FiLaC)

..... data	..... podpis lekarza	..... podpis pacjenta/ pacjentki
---------------	-------------------------	-------------------------------------

Ja .....  
Wyrażam dobrowolną zgodę na zabieg Laserowej Operacji Zamknięcia Przetoki Odbytowej(FiLaC)  
Zostałem/-am wyczerpująco i zrozumiale poinformowany/ -a o przebiegu zabiegu jak również  
możliwych powikłaniach i korzyściach wykonywanych procedur medycznych.

Oświadczam, że:

Zapoznałem/-am się ze szczegółowym opisem zabiegu, jego celowością i oczekiwanym wynikiem  
oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w leczenia

Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu zabiegu w niezbędnym zakresie zgodnie z  
zasadami wiedzy medycznej jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku procesu  
terapeutycznego.

Zgadzam się na przeniesienie mnie do właściwego oddziału stacjonarnego zgodnie z decyzją  
lekarza wykonującego zabieg jeżeli wymagałyby tego mój stan zdrowia.

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu  
zdrowia

Stwierdzam, że uzyskałem/ -am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o  
wykonanie proponowanego zabiegu przez Dr ..... i jego  
współpracowników

..... data	..... podpis lekarza	..... podpis pacjenta/ pacjentki
---------------	-------------------------	-------------------------------------

Wyrażam zgodę na wykonanie zdjęć/ wideo do wykorzystania w zakresie dalszego mojego  
leczenia, jak również do celów naukowych lub edukacyjnych.

..... data	..... podpis lekarza	..... podpis pacjenta/ pacjentki
---------------	-------------------------	-------------------------------------