

**INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA
ZABIEG MAŁEJ AMPUTACJI / CHIRURGICZNEGO OCZYSZCZENIA RANY**

Imię i nazwisko												
PESEL												Numer Księgi Głównej

1. PROPONOWANY SPOSÓB LECZENIA

ZABIEG MAŁEJ AMPUTACJI / CHIRURGICZNEGO OCZYSZCZENIA RANY to zabieg chirurgiczny, który polega na usunięciu części lub całej stopy (do poziomu kostki) lub ręki (do poziomu nadgarstka), najczęściej dotyczy palców u rąk lub stóp, istnieje jednak dwanaście poziomów amputacji w obrębie stopy – od odjęcia palców, przez cięcie przez śródstopie, amputację w obrębie stępu (amputacja Lisfrank'a, amputacja Choparta), czy amputację w obrębie stawu skokowego (amputacja Syme'a, Boyda). Zabieg ten jest wykonywany w celu usunięcia martwicy tkanek spowodowanej niedokrwieniem lub infekcją, które nie reagują na leczenie zachowawcze i zabiegowe (np. oczyszczanie rany, zabieg poprawiający ukrwienie, terapia podciśnieniowa, hiperbaria). Najczęściej tak się dzieje w przebiegu cukrzycy. Wskazania i zakres małej amputacji są ustalane indywidualnie przez lekarza, na podstawie stanu pacjenta i przyczyny, która wymaga leczenia. Decyzja o amputacji jest zawsze trudna, ale w niektórych przypadkach jest to jedyna możliwość, aby uratować resztę kończyny, zlikwidować lub zmniejszyć nasilenie bólu i poprawić komfort życia pacjenta.

PROCEDURA ZABIEGOWA:

Zabieg przeprowadzany jest w warunkach sali operacyjnej z zachowaniem zasad pełnej aseptyki. Zabieg małej amputacji jest przeprowadzany w znieczuleniu miejscowym, przewodowym (cewnik wprowadzony do kręgosłupa) lub w znieczuleniu ogólnym, w zależności od rozległości zmian i stanu pacjenta. O rodzaju znieczulenia w dwóch ostatnich przypadkach decyduje anestezjolog. Chirurg wykonuje nacięcie skóry i tkanek miękkich, opracowuje ranę, w zależności od potrzeb ewentualnie przecina kość na odpowiednim poziomie. Po usunięciu zmian, rana jest zszywana lub rana pozostawiona jest do gojenia „na otwarto”. Na miejsce operowane nakładany jest opatrunek. Do wykonania tej procedury potrzebna jest Pani/Pana zgoda. Na temat różnych skutków ubocznych związanych z tym zabiegiem możecie Państwo porozmawiać z leczącym Państwa lekarzem.

ZNIECZULENIE MIEJSCOWE (najczęściej lidokainą) jest powszechnie stosowane w celu złagodzenia bólu podczas zabiegów. Lidokaina działa poprzez blokowanie przewodzenia impulsów nerwowych, co uniemożliwia odczuwanie bólu w miejscu podania. Możliwe powikłania związane z podskórnym podawaniem lidokainy:

- reakcje alergiczne: u niektórych pacjentów może wystąpić uczulenie na lidokainę, objawiające się wysypką, swędzeniem, obrzękiem lub dusznością. W przypadku wystąpienia takich objawów należy niezwłocznie skontaktować się z lekarzem.
- działania niepożądane: lidokaina może powodować zawroty głowy, senność, drżenie mięśni, zaburzenia widzenia lub słuchu. Objawy te zwykle ustępują po krótkim czasie.
- powikłania miejscowe: w miejscu podania lidokainy może wystąpić zaczerwienienie, obrzęk lub ból. Zwykle są to łagodne objawy, które ustępują samoistnie.

Ważne jest, aby poinformować lekarza o wszelkich dolegliwościach, które występują po podaniu lidokainy lub reakcjach, które wystąpiły podczas ewentualnych wcześniejszych podań leku.

KONIECZNOŚĆ POSZERZENIA ZAKRESU ZABIEGU

Jak wspomniano, istnieje 12 sposobów amputacji na stopie. Podczas zabiegu, mogą ujawnić się choroby, których uwidocznienie nie było wcześniej możliwe. Może to prowadzić do podjęcia decyzji przez operatora o poszerzeniu lub zmianie zakresu zabiegu, jeżeli będzie ona miała wymierne korzyści dla pacjenta. Dodatkowo w trakcie zabiegu może dojść do powikłań wymienionych poniżej, które mogą wymagać interdyscyplinarnego działania wielu lekarzy w celu ratowania zdrowia i życia pacjenta.

ZALECENIA OKOŁOZABIEGOWE:

Należy dbać o higienę ciała oraz czystość i suchość opatrunku. Po zabiegu może wystąpić ból. W razie potrzeby można stosować leki przeciwbólowe zaordynowane przez lekarza lub dostępne bez recepty, takie jak paracetamol lub ibuprofen. Należy obserwować miejsce operowane pod kątem objawów infekcji, takich jak zaczerwienienie, obrzęk, gorączka lub ropna wydzielina. W przypadku wystąpienia takich objawów należy niezwłocznie skontaktować się z lekarzem.

2. OCZEKIWANE KORZYŚCI

Amputację Pana, Pani kończyny dolnej proponujemy w celu: ulgi w bólu, poprawy snu, usunięcia martwych tkanek, zlikwidowania źródła trujących toksyn i wyniszczającego stanu zapalnego, uzyskania pierwotnego gojenia rany oraz otwarcia drogi do rehabilitacji, która poprawi Pana/ Pani jakość życia, sprawność i codzienne funkcjonowanie. Dla poprawy funkcjonowania często wystarcza indywidualnie wykonana wkładka uzupełniająca stopę lub proteza silikonowa.

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pana/Pani przypadku:

☒ *duże*

☐ *średnie*

☐ *ograniczone*

Należy podkreślić, że amputacja kończyny nie leczy podstawowej przyczyny niedokrwienia kończyny, czyli miażdżycy, tylko usuwa martwe tkanki. Dlatego efekt odległy zabiegu zależy od przestrzegania przez Pana/ Panią zmian stylu życia (zaprzestanie palenia tytoniu, zdrowa dieta,

regularny wysiłek tlenowy i umiarkowane ćwiczenia oporowe), przyjmowania tabletek (leki obniżające stężenie cholesterolu, leki „rozrzedzające krew”, jak aspiryna, kłopidogrel, a także leki przeciwzakrzepowe, kontrola wyrównania cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, masy ciała, itd.), zgłaszania się na ambulatoryjne kontrole lekarskie, celu oceny ewentualnej progresji choroby oraz prewencji amputacji drugiej kończyny, oceny skuteczności akcesoriów balansujących obciążenie stopy, gojenie owrzodzeń, kwalifikacji do przeszczepu skóry, itd.

3. RYZYKO DLA PACJENTA

Żaden lekarz nie może Państwu zagwarantować, że zabieg przebiegnie bez powikłań. Nawet drobne incydenty mogą przy splocie niefortunnych okoliczności, doprowadzić do poważnych działań niepożądanych, niebędących błędem. Proponowany zabieg operacyjny będzie wykonywany zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności, w ramach warunków lokalowych, sprzętowych, ludzkich i finansowych, którymi dysponuje szpital, oddział i jednostka organizacyjna (blok operacyjny, sala radiologii zabiegowej) w danym momencie. Zabiegi operacyjne mogą być powiązane z różnym procentowo ryzykiem zdarzeń niepożądanych zależnym od: **(a)** samego pobytu w szpitalu (ryzyko zakażenia szpitalnego- 14-20%, krwawienia- 4-6%, powikłań zakrzepowo- zatorowych- określonego punktacją skali Padewskiej/ Capriniego, niedożywienia lub jego progresji –20-30%, upadku) **(b)** osobniczego ryzyka pacjenta zależnego od jego stanu jego zdrowia, chorób przebytych i współistniejących, zaawansowania choroby, wieku, odżywienia (ocenianych w skali POSSUM lub Goldmanna) **(c)** znieczulenia (skala ASA); **(d)** trybu (nagły, pilny, planowy przyspieszony, planowy), typu (operacja/ reoperacja) i rodzaju samej operacji (średnio 1-5% ryzyko zgonu i incydentu sercowo- naczyniowego, krwawienia, zakażenia, zakrzepicy + wymienione poniżej); **(e)** przebiegu okresu pooperacyjnego (ryzyko wystąpienia majaczenia [delirium], zakażenia miejsca operowanego, krwawienia i zakrzepicy żylniej), a nawet **(f)** pory roku (infekcje okresu jesienno- zimowego, wysokie temperatury latem, wahania ciśnienia atmosferycznego, burze) i **(g)** niemożliwych do przewidzenia czynników zewnętrznych (np. epidemia, pandemia, klęski żywiołowe, konieczność wykonania pilnego zabiegu u innego pacjenta) i zależnych od pacjenta (np. nietypowa anatomia, nieoczekiwana reakcja na substancję podaną podczas zabiegu). Każdy zabieg operacyjny, także małoinwazyjny może wymagać przetoczenia krwi oraz wiązać się ogólnymi powikłaniami, jak zakażenie, krwawienie, powikłania zakrzepowo- zatorowe, zapalenie płuc, zakażenie miejsca operowanego, zawał serca, udar, zgon.

Na podstawie skali Goldmanna (modyfikacja Lee); skali POSSUM wyliczono indywidualne ryzyko śmierci oraz powikłań związanych z zabiegiem, które wynoszą u pana/Pani

Śmiertelność: Możliwość powikłań:

Po operacji istnieje także ryzyko wystąpienia zespołu majaczeniowego, upadków, powikłań krwotocznych, zakrzepowych oraz zakażenia miejsca operowanego.

Lekarz anestezjolog określi u Pana/ Pani ryzyko związane ze znieczuleniem definiowane w 5 stopniowej skali ASA.

Dające się przewidzieć, przykładowe ciężkie powikłania związane z zabiegiem małej amputacji (występują bardzo rzadko) to zdarzenia, które są przyczyną bezpośredniego zagrożenia życia. Do najpoważniejszych należą:

- powikłania związane ze znieczuleniem ogólnym np. problemy z oddychaniem czy zaburzenia rytmu serca,
- zakrzepica żył głębokich – ryzyko związane z okresem okołoperacyjnym, co może doprowadzić do zatorowości płucnej
- krwotok

Dające się przewidzieć przykładowe inne powikłania związane z zabiegiem małej amputacji (zazwyczaj łagodne):

- zakażenia - do 20%
- krwiak ok. 5%
- obrzęk kikuta
- uszkodzenie nerwów, co może prowadzić do bólu (np. ból fantomowy, ból kikuta) i innych problemów neurologicznych.
- problemy z gojeniem kikuta, który może goić się długo i trudno, co może doprowadzić do martwicy okolicznej skóry, i być powodem konieczności wykonania ponownej, rozleglejszej amputacji, u nawet 4-40% chorych;

4. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ SKUTKI ODLEGŁE

Skutki amputacji odczuwa cały organizm pacjenta. Można do nich zaliczyć między innymi: unieruchomienie, wzrost masy ciała wywołany zmniejszonym metabolizmem, nierównomierny rozkład obciążeń poszczególnych części ciała, może prowadzić do uszkodzeń skóry, tkanek głębszych, nasilenia objawów niedokrwienia drugiej kończyny, skrzywienia kręgosłupa, przyspieszonych zmian zwyrodnieniowych w stawach, pogorszenie wydolności płuc, zaniki mięśni, przykurcze i ograniczenia ruchomości stawów. Aby zminimalizować możliwe powikłania i skrócić czas hospitalizacji, zaleca się, aby już od pierwszych dni po operacji wykonywać dobrane przez fizjoterapeutę ćwiczenia oraz odpowiednio postępować z kikutem. Dla poprawy funkcjonowania często wystarcza indywidualnie wykonana wkładka uzupełniająca stopę lub proteza silikonowa. Poruszanie pacjenta jest ograniczone pod względem hamowania. W tym przypadku również nie obędzie się bez rehabilitacji i skupienia się na utrzymaniu zakresu ruchu w stawie skokowym i siły prostowników stopy.

Wygojenie rany przy amputacjach na stopie, szczególnie u pacjentów z cukrzycą, wymaga długiego czasu i stosowania specjalistycznych opatrunków, leczenia zakażenia, fizjoterapii i fizykoterapii, konieczność reamputacji ocenia się na 17%,

5. ALTERNATYWNE METODY LECZENIA:

- **LECZENIE ZACHOWAWCZE** – stosowanie leków w celu poprawy krążenia krwi w kończynach, zmniejszania bólu, antybiotyków w celu zwalczania infekcji, rehabilitacja, fizykoterapia (hiperbaria, laseroterapia) oraz zapobieganie powikłaniami. Stosuje się również specjalistyczne opatrunki działające miejscowo czy inne metody oczyszczania ran jak np. terapia podciśnieniowa lub larwoterapia. Amputację na stopie proponuje się jednak wtedy, gdy wyczerpano wcześniej możliwości leczenia zachowawczego, albo gdy wiedza i doświadczenie lekarza proponującego amputację wskazują, że zwlekanie z amputacją tylko wydłuży cierpienie pacjenta, a może dodatkowo doprowadzić do poszerzenia zakresu amputacji.

- LECZENIE REWASKULARYZACYJNE – endowaskularne lub chirurgiczne (m.in. angioplastyka balonowa, stentowanie, by-passy, endarterektomia) ma na celu poprawę ukrwienia kończyny, a co za tym idzie wygojenie się zmian na chorej kończynie. Metoda ta ma swoje ograniczenia, a w niektórych przypadkach np. rozległej martwicy, może być przeciwwskazana.

6. SKUTKI ODMOWY I NIEPODJĘCIA PROPONOWANEGO LECZEINIA

Jeżeli nie wyrazi Pan/Pani zgody na proponowane leczenie, może nastąpić znaczne pogorszenie stanu zdrowia związane z rozprzestrzenianiem się infekcji, postępującą martwicą tkanek czy innymi poważnymi konsekwencjami, które w efekcie mogą prowadzić do bezpośredniego zagrożenia życia lub większego zakresu amputacji. O ile nie występują inne okoliczności uzasadniające dalszą hospitalizację, odmowa zgody na przeprowadzenie amputacji kończyny dolnej będzie związana z perspektywą wypisu ze szpitala i kontynuacją leczenia zachowawczego w warunkach ambulatoryjnych.

7. PYTANIA PACJENTA:○ - BRAK

.....
.....

8. OŚWIADCZENIE PACJENTA:

1. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią niniejszego formularza i w pełni zrozumiałem/ -am informacje w nim zawarte oraz te przekazane mi zostały podczas rozmowy z podpisanym poniżej lekarzem, który poinformował mnie o rozpoznaniu, związanym z nim rokowaniu, rodzaju proponowanego zabiegu lub procedury medycznej (np. wklucie centralne), o sposobie jego przeprowadzenia i możliwości rozszerzenia jego zakresu; o jego potencjalnych, możliwych do przewidzenia wynikach, następstwach, powikłaniach i potencjalnych zdarzeniach niepożądanych, które mogą wystąpić podczas i po zabiegu; przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu/ procedury medycznej; oczekiwanych korzyściach i dających się przewidzieć skutków odległych zabiegu; alternatywnych metodach leczniczych i diagnostycznych oraz dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania, skutków odmowy i niepodjęcia proponowanego leczenia.

2. Oświadczam, że podczas rozmowy z lekarzem miałem/ -am możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/ -am na nie przystępne, zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi.

3. Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania przekazałem wszystkie i prawdziwe informacje o aktualnych i przebytych, leczonych i nieleczonych dolegliwościach, schorzeniach, a także nałogach (palenie tytoniu, e-papierosy, alkohol, substancje odurzające, narkotyki), przyjmowanych lekach i suplementach diety, wiadomych mi uczuleniach i alergiach oraz zabiegach i operacjach, którym zostałem poddany w przeszłości, warunkach socjalnych i możliwościach opieki oraz schorzeniach członków mojej najbliższej rodziny.

Zgoda na zabieg

Mając świadomość przedstawionych wyżej wieloczynnikowych aspektów ryzyka związanego z przeprowadzeniem u mnie zabiegu/ procedury medycznej, w pełni świadomie i dobrowolnie zgadzam się na przeprowadzenie u mnie wskazanego zabiegu/ procedury medycznej oraz jej ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie wykonywania u mnie zabiegu/ procedury medycznej dla ratowania mojego życia lub zdrowia. Wyrażam zgodę na wykonanie wszelkich niezbędnych badań i czynności zmierzających do lub związanych z przeprowadzeniem zabiegu, w tym na znieczulenie miejscowe.

9. UWAGI LEKARZA:

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

10. ZGODA PACJENTA

Data oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data, podpis oraz pieczętka lekarza	

11. SPRZECIW PACJENTA:

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny. Zostałem/Zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Data oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data, podpis oraz pieczętka lekarza	