

**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY****I Dane osobowe**

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

**II Nazwa procedury medycznej lub zabiegu operacyjnego**

WYTWORZENIE POŁĄCZENIA ŚWIATŁA PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO ZE SKÓRĄ (CHOLECYSTOSTOMIA) METODĄ LAPAROSKOPOWĄ / OTWARTĄ / DRENAŻ PRZEZSKÓRNY\*

**III Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się chorego**

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

.....  
.....

Kamica żółciowa jest chorobą dość powszechną. Stwierdzana jest w krajach rozwiniętych u 10% populacji powyżej 50 roku życia. Około 20% chorych z kamicą 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 prowadzi 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 cholezystostomii 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 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.



## **X 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 żółtaczki mechanicznej spowodowanej przejściem złągów z pęcherzyka do przewodu żółciowego wspólnego. Wszystkie te powikłania mogą stanowić bezpośrednie zagrożenie życia.

## **XI Oświadczenie pacjenta**

**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 .....

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 jakies 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)

.....

.....