ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA
na leczenie zabiegowe żylaków powrózka nasiennego

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko: .....

PESEL | | | | | | | | | | | |

Zabieg został zaplanowany na dzień: .....

Co to są żylaki powrózka nasiennego?

Żylaki powrózka nasiennego są stosunkowo rzadkim schorzeniem występującym najczęściej u mężczyzn w młodszym i średnim wieku. Żylaki powrózka nasiennego powstają w następstwie poszerzenia się naczyń żylnych splotu wiciowatego. Najczęściej problem dotyczy strony lewej /ponad 90%/. Wynika to z uwarunkowań anatomicznych i niekorzystnego hemodynamicznie odpływu krwi z jądra lewego.

Wskazaniem do leczenia operacyjnego są:

1/ żylaki powrózka nasiennego powodujące zaburzenie w prawidłowym rozwoju gonady /jądro wyraźnie mniejsze w stosunku do jadra przeciwległego/

2/ zaburzenia płodności /nieprawidłowości w badaniu nasienia

3/ bóle jadra- przewlekłe bóle, uczucie ciężkości itp.

Obecnie istnieje wiele różnych dostępów operacyjnych i metod leczenia operacyjnego żylaków powrózka nasiennego-
Wszystkie sprowadzają się do jednego- podwiązania i przecięcia żyły jądrowej stanowiącej główny spływ żylny dla poszerzonych naczyń splotu wiciowatego.

Przebieg zabiegu żylaków powrózka nasiennego

Zabieg wykonujemy w znieczuleniu miejscowym, nasiękowym, to znaczy że w okolicę operowaną podajemy środek miejscowo znieczulający w zastrzyku. W czasie zabiegu chory może czuć dotyk, niewielkie pociąganie, nie powinno natomiast boleć. Znieczulenie takie działa około 2 godzin.

Zabieg taki może się odbyć jedynie za pełną wiedzą i świadomą zgodą pacjenta, po zapoznaniu go z konsekwencjami i powikłaniami zabiegu.

Przebieg pooperacyjny:

Po zabiegu zaleca się codzienną zmianę opatrunku, na świeży i jałowy. W trakcie zmiany opatrunku ranę należy przemyć preparatem odkażającym /np. oktaniseptem/, szwy skórne należy zdjąć po 9-10 dniach do zabiegu. Do czasu zdjęcia szwów skórnych rany nie wolno moczyć. Wskazane jest noszenie obcisłej bielizyny.

Możliwe powikłanie w okresie pozabiegowym:

- krwawienie z rany
- krwiak
- tak zwane złe gojenie rany spowodowane np. infekcjami miejscowymi rany
- infekcje miejscowe lub ogólne /przebiegające z gorączką, zaczerwienieniem i obrzękiem rany do stanu septycznego czyli uogólnionej infekcji włącznie.
- nawrót żylaków /dotyczy do 7% chorych/
- wodniak jądra /będący następstwem zaburzenia odpływu chłonnego z jądra/
- zanik jądra

Powyższe powikłania dotyczą około 10-15% chorych.

Przeciwskazania do stosowania leku:

- ciężkie reakcje uczuleniowe / uczulenie na środki znieczulające miejscowo w wywiadzie/
- ciężkie niestabilne choroby układu krążenia - zawał serca, niewydolność serca, niewydolność obwodowa krążenia, choroba niedokrwienna serca, zapalenie zarostowe tętnic, nadciśnienie tętnicze, zapalenie wielonerwowe;

Ostrożności wymaga także wykonywanie zabiegu pacjentowi cierpiącemu na choroby wątroby, zaburzenia czynności nerek, cukrzycę.

Pytania do rozmowy wyjaśniającej:

Proszę wpisać wszystkie dodatkowe pytania, w przypadku braku pytań wpisujemy „brak pytań”:
.....
.....
.....

O czym powinien wiedzieć lekarz:

Na ryzyko zabiegu mają wpływ: stan ogólny chorego oraz choroby współistniejące i przebyte. Aby w porę można było rozpoznać zagrożenia, prosimy odpowiedzieć na następujące pytania:

- Czy wiadomo, że istnieją u Pana zaburzenia przemiany materii (np. cukrzyca) lub inne choroby (np. choroby serca, naczyń, wątroby, tarczycy, układu nerwowego)? TAK/NIE
- Czy istnieje u Pana choroba zakaźna (np. zapalenie wątroby, AIDS)? TAK/NIE
- Czy stwierdzono u Pana uczulenie lub nadwrażliwość na leki, plastry, lateks, rośliny, środki spożywcze, zwierzęta?
  TAK/NIE
- Czy występowały kiedykolwiek napady drgawek?
  TAK/NIE
- Czy przy wcześniejszych operacjach lub skaleczeniach (np. leczenie zęba) doszło u Pana do wzmożonego krwawienia?
- TAK/NIE
- Czy wcześniej, w przypadku powstawania ran, dochodziło do ropienia, opóźnionego gojenia, ropni, przetok, zgrubienia blizny po zagojeniu?
  TAK/NIE
- Czy obserwowano Pana zakrzepy żylne lub zatorowość płucną?
  TAK/NIE
- Czy przyjmuje Pan regularnie leki (np. środki nasercowe, przeciwbólowe, hormony, hamujące krzepnięcie krwi, tj. Sintrom, Syncumar, Aspiryna, Acard, Plavix itp.) ?
  TAK/NIE

Uwagi lekarskie do rozmowy wyjaśniającej
(np. inne przyczyny ryzyka niż wymienione poprzednio, możliwość powikłań, sposoby zapobiegania, możliwe negatywne skutki w przypadku odmowy/przesunięcia terminu operacji, podstawa do odmowy).

……
……
……...

....

Formularz zgody pacjenta na zabieg operacyjny:

Dr …….. przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniającą o proponowanej operacji ……..(rodzaj operacji).
Zostałem poinformowany o idei zabiegu, o postępowaniu przed- i pooperacyjnym oraz o typowych powikłaniach związanych z proponowaną operacją i zabiegami towarzyszącymi. Przedstawiono mi również możliwość zastosowania innego postępowania medycznego.

Zrozumiałam /em/y wyjaśnienia lekarza, czuję się wystarczająco poinformowany, nie mam pytań i po wystarczającym czasie do namysłu wyrażam zgodę na planowany zabieg.
Jednocześnie zgadzam się na zmianę lub poszerzenie postępowania chirurgicznego oraz czynności konieczne dla ratowania mojego zdrowia i życia w przypadku wystąpienia nieprzewidywanych przed operacja okoliczności. Moja zgoda dotyczy także ewentualnego koniecznego przetoczenia krwi.

.....	.....
data, godzina, czytelny podpis pacjenta	data, godzina, podpis i pieczątka lekarza odbierającego formularz zgody od pacjenta

Tylko w przypadku odmowy zabiegu:

Po wyczerpującym poinformowaniu mnie nie wyrażam zgody na proponowany zabieg

.....
(rodzaj zabiegu)
Zostałem poinformowany o możliwych ujemnych skutkach wynikających z odmowy wykonania proponowanego zabiegu.

.....	.....
data, godzina, czytelny podpis pacjenta	data, godzina, podpis i pieczątka lekarza odbierającego formularz zgody od pacjenta

T&T Medical