

**Tel. 601-865-077 wtorek, czwartek 15.00-20.00, środa 10.00-16.00**

**Tel. 13 430-00-95 poniedziałek-czwartek 15.00-20.00, piątek 8.00-15.00**

**www.flebo-san.pl**

**PRZEPUKLINA INFORMACJE OGÓLNE I ZGODA**

**Ankieta przedoperacyjna**

Nazwisko imię ……………………………………………………….

Data urodzenia………………………wzrost…………….waga……..

Zawód……………………………….

Adres……………………………………… Telefon…………………

PESEL ……………………………………..

NIP zakładu pracy, oraz data rozpoczęcia (zwolnienia L4) …………………..

Rozpoznanie …………………………………………………….

Planowany zabieg - ...............……………………………………

Choroby serca i układu krążenia………………………………..

…………………………………………………………………..

…………………………………………………………………..

Choroby płuc……………………………………………………

Choroby przewodu pokarmowego, wątroby, trzustki.………….

…………………………………………………………………..

Cukrzyca…………………………………………………………

Choroby tarczycy………………………………………………..

Choroby oczu……………………………………………………

Choroby układu nerwowego…………………………………….

Zmiany nastroju, depresja, nerwica……………………………..

Choroby krwi i układu krzepnięcia……………………………...

Uczulenia (również uczulenia na leki) …………………………. ………….………………………………………………………..

Inne………………………………………………………………  
Przyjmowane leki……………………………………………….…………………………………………………………………..

Przebyte operacje ……………………………………………….

…………………………………………………………………..

Czy jest Pani w ciąży? ……………Ostatnia miesiączka ………

Protezy zębowe …………………Szkła kontaktowe …………..

Palenie papierosów ……………....Ile ………………………….

Alkohol …………………………………………………………

Data i podpis pacjenta

**Zalecenia przed zabiegiem:**

1. Proszę wykonać badania **(maksymalnie 10 dni przed):** APTT, INR, morfologia, elektrolity, mocznik glukoza, EKG serca
2. Proszę zabrać ze sobą: pantofle, koszulkę na czas zabiegu
3. W dniu zabiegu proszę nie używać balsamu ani kremu na okolicę zabiegu.
4. W dniu zabiegu należy spożyć lekki posiłek – 2 godziny przed przyjazdem (nie należy być na czczo), oraz przyjmować leki zalecone na stałe.
5. W dniu zabiegu nie należy prowadzić samochodu w drodze powrotnej.
6. Proszę zabrać ze sobą wygodne obuwie i ubranie.
7. Prosimy o pozostawienie cennych przedmiotów (np. biżuteria, zegarek) w domu, lub przed zabiegiem przekazanie ich do depozytu w rejestracji kliniki.
8. Prosimy o informację w przypadku rezygnacji z wyznaczonego terminu zabiegu. W przypadku nie potwierdzenia terminu zabiegu (brak informacji z Państwa strony, lub nie odebranie telefonu z rejestracji w celu potwierdzenia) do 7 dni przez planowanym zabiegiem – zostanie on anulowany.

Termin zabiegu …………………godz. ..………..

Koszt zabiegu…………………………………….

Zobowiązuję się do wpłaty zadatku w wysokości 500zł gotówką lub przelewem na rachunek bankowy kliniki do 7 dni od daty ustalenia terminu zabiegu.

Zadatek podlega zwrotowi wyłącznie w przypadku gdy zostaniemy poinformowani

o rezygnacji w terminie powyżej 30dni od daty ustalenia.

Nr rachunku: 02 1020 2980 0000 2902 0124 9135

W tytule przelewu prosimy wpisać: Imię i nazwisko, nazwa zabiegu, planowany termin zbiegu.

….……………………….

Data i podpis pacjenta

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODYNA ZABIEG OPERACYJNY PLASTYCZNEGO ZAOPATRZENIA PRZEPUKLINY PACHWINOWEJ SPOSOBEM ............................................. / SPOSOBEM LICHTENSTEINA /Z UŻYCIEM SIATKI

INFORMACJA DLA PACJENTA

**Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta**

Przepuklina jest to nieprawidłowe przemieszczenie zawartości jam ciała przez naturalne lub nabyte otwory w powłokach. Przepuklina pachwinowa to uwypuklenie otrzewnej (błony wyściełającej jamę brzuszną), gdzie przemieszczają się narządy jamy brzusznej przez otworów przedniej ścianie brzucha, zwany wrotami przepukliny. W obrębie przepukliny znajdują się więc wrota oraz worek wraz z zawartością (najczęściej jest to sieć i jelito cienkie, czasem inne narządy jamy brzusznej).

Najważniejszym powikłaniem u chorych z przepukliną jest uwięźnięcie w niej pętli jelitowej i martwica jelita prowadząca do zapalenia otrzewnej. Wówczas pilnie potrzebna jest operacja, toteż zaleca się operację zanim do tego dojdzie. Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji Współczesne sposoby leczenia przepuklin pachwinowych to metody bez napięciowe, polegające na zaopatrzeniu przepukliny bez zszywania tkanek pod napięciem. Większość metod bez napięciowych polega na zastosowaniu wszczepu syntetycznego (siatki), umieszczanej na tylnej ścianie kanału pachwinowego i mocowanej szwami do otaczających tkanek. Pozwala to na obniżenie częstości nawrotów przepukliny do ok. 1%. Wcześniej, przy użyciu różnych metod operacyjnych była większa. Proponujemy sposób leczenia bez napięciowego zaopatrzenia przepukliny pachwinowej z zastosowaniem siatki metodą Lichtensteina. Metoda polega na odprowadzeniu zawartości przepukliny do jamy otrzewnej, a następnie umieszczeniu prostokątnej siatki w tylnej ścianie kanału pachwinowego i przyszyciu jej do otaczających tkanek (więzadła pachwinowego i rozcięgna mięśni brzucha). Siatka może być wykonana z materiału niewchłanianego(polipropylenu)lub częściowo wchłanialna. Wyboru rodzaju i wielkości siatki dokona chirurg na podstawie oceny wielkości ubytku powłok stanowiącego wrota przepukliny. W trakcie operacji wykonuje się skośne cięcie w okolicy pachwinowej –5-10cm (długość cięć zależy od wielkości przepukliny).

POWIKŁANIA W TRAKCIE ZABIEGU I PO LECZENIU OPERACYJNYM:

Powikłania mogą być związane ze stosowanym znieczuleniem lub dotyczyć leczenia chirurgicznego.

1. Powikłania chirurgiczne: -nawrót przepukliny, ryzyko nawrotu przy zastosowaniu siatki jest niewielkie, ok 1 %-krwiak(5-15%). Małe krwiaki leczy się zachowawczo. Duże i dające dolegliwości bólowe krwiaki obserwuje się rzadko, można je leczyć operacyjnie. -surowiczak (zbiornik płynu surowiczego w ranie) –ryzyko od 0,5% do 12,2% (częstsze przy zabiegach laparoskopowych). Większość wchłania się samoistnie w ciągu 6-8 tyg. Niekiedy konieczne nakłucie i odessanie. -ropienie rany –ryzyko 0 -5%. Zastosowanie siatki nie zwiększa ryzyka. W tym przypadku może się okazać konieczne czasowe otwarcie rany, jej opłukanie i założenie sączka. Bardzo rzadko może dojść do uogólnionej infekcji wymagającej leczenia antybiotykami lub wycięcia siatki

-powikłania w obrębie jądra i powrózka nasiennego. Niedokrwienne zapalenia jądra może prowadzić do jego martwicy w ciągu kilku dni lub jego zaniku w ciągu kilku miesięcy. Leczenie lekami przeciwzapalnymi i antybiotykami. Możliwe jest przecięcie nasieniowodu podczas operacji –zaburzenia płodności. Wówczas chirurg zawsze podejmuje próbę rekonstrukcji nasieniowodu-przewlekły ból pachwiny (5-15%)–pacjenci skarżą się na ból dłuższy niż 3 miesiące. Ból może być skutkiem uszkodzenia jednego z nerwów okolicy pachwinowej lub zmienionych stosunków anatomicznych w operowanej okolicy. Nie znamy obecnie innej metody leczenia bólu przewlekłego, u niektórych chorych skuteczna jest ponowna operacja. W przypadku reoperacji ryzyko tego bólu jest 4-krotnie większe. Mniejsze jest natomiast po operacjach laparoskopowych i po zabiegach z użyciem siatki. Ryzyko tego bólu zmniejsza się wraz z wiekiem. Ryzyko jest większe u kobiet niż u mężczyzn. –ryzyko zgonu po operacji przepuklin jest niskie i wynosi mniej niż 1%. Ryzyko to jest większe po operacjach w trybie doraźnym lub wówczas, gdy wykonuje się resekcję jelita. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta.

Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia:

Nieoperowana przepuklina może zwiększać swoje rozmiary i z biegiem czasu powodować coraz silniejsze dolegliwości bólowe. Początkowo podczas zwiększonego wysiłku fizycznego, a następnie podczas codziennych czynności, czasem nawet w spoczynku. Najpoważniejsze zagrożenie to uwięźnięcie przepukliny (bolesny guz przepuklinowy, którego nie da się odprowadzić do jamy brzusznej). W przypadku uwięźnięcia konieczny jest zabieg operacyjny w trybie doraźnym. Ryzyko powikłań po takim zabiegu jest większe niż po zabiegu planowym.

OŚWIADCZENIEŚWIADOMEJ ZGODY

Imię i nazwisko pacjenta………………………………… PESEL.............................

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji przez Dr Wojciecha Skibińskiego.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a w sposób wyczerpujący i niebudzący moich wątpliwości o celu, rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu oraz wszelkich możliwych do przewidzenia wiążących się z nim ryzykach, w tym ryzykach rzadko występujących, innych możliwych metodach leczenia, jak również o efekcie, jakiego mogę się spodziewać, jeżeli zabieg przebiegać będzie bez zakłóceń. Oświadczam, że udzieliłem/am pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, w tym informacji o chorobach przewlekłych, przebiegu dotychczasowego leczenia i przyjmowanych lekach. Stwierdzam, że uzyskałem/am wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Zapoznałem/am się i zrozumiałem/am informacje zawarte w niniejszej zgodzie. Oświadczam, że jestem wystarczająco poinformowana/ny. Rozumiem ryzyko związane z tym zabiegiem i zgadzam się na jego wykonanie. Jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualną zmianę pierwotnie ustalonego zakresu zabiegu operacyjnego polegającą na jego zmniejszeniu lub rozszerzeniu, jeśli będzie to uzasadnione wystąpieniem nieprzewidzianych okoliczności lub koniecznością dostosowania jego zakresu do stwierdzonych śródoperacyjnie zmian chorobowych.

Data i czytelny podpis pacjenta

…………………………………..