



**INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA LECZENIE OPERACYJNE/PROCECURE MEDYCZNĄ**

Nazwisko i imię:

PESEL:

Został u Pani/a rozpoznany: GUZ NOWOTWOROWY/ RAK ŻOŁĄDKA

I. Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody :

Imię i nazwisko Pacjenta*

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego*

Zgoda Sądu*

II. Nazwa procedury medycznej/leczenia operacyjnego :

Częściowa resekcja żołądka

III. Wskazania do wykonania procedury medycznej/leczenia operacyjnego :

Rak żołądka jest nowotworem złośliwym powstającym w żołądku. Z czasem rak żołądka może zajmować inne narządy znajdujące się w sąsiedztwie: węzły chłonne, trzustkę, śledzionę, jelito grube, jelito cienkie, wątrobę, pęcherzyk żółciowy, przeponę, nerki, nadnercza, aortę lub inne odległe narządy najczęściej węzły chłonne, wątrobę, otrzewną, płuca, mózg, jajniki u kobiet. Ogniska raka żołądka w innych narządach nazywane są przerzutami. W Polsce rak żołądka co do częstości zachorowania jest 5 w kolejności nowotworem złośliwym u mężczyzn i 8 u kobiet. Rak żołądka jest 3 najczęstszą przyczyną zgonu z powodu nowotworów złośliwych u mężczyzn i 7 u kobiet.

IV. Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej/leczenia operacyjnego:

Subtotalna resekcja żołądka wykonywana jest w znieczuleniu ogólnym. O rodzaju znieczulenia, jego przebiegu i możliwych zagrożeniach z nim związanych poinformuje Panią/Pana lekarz anestezjolog. Zabieg rozpoczyna się rozcięciem powłok jamy brzusznej. Zabieg może być również wykonywany metodą laparoskopową (pod kontrolą kamery i za pomocą specjalnych narzędzi wprowadzanych do jamy brzusznej przez punktowe nacięcia powłok jamy brzusznej). Dystalną część żołądka wraz z siecią większą oddziela się od jego połączeń z wątrobą, jelitem grubym, śledzioną, trzustką i przeponą. Podczas preparowania zamyka

się i przecina tętnice i żyły prowadzące krew do i z żołądka. Żołądek odcina się od dwunastnicy. Bliższy koniec dwunastnicy zamyka się na stałe. Dystalną część żołądka z rakiem, w odległości co najmniej 5 lub 7cm (w zależności od typu raka) od bliższego brzegu guza nowotworowego, odcina się od dna i wpustu żołądka. Po usunięciu dystalnej części żołądka wytwarza się nowe połączenie pomiędzy dnem żołądka a jelitem (odtworzenie ciągłości, rekonstrukcja przewodu pokarmowego). W tym celu przecina się pętlę jelita cienkiego. Odcinek dalszy jelita cienkiego (prowadzący do jelita grubego) podciąga się ku górze i przyszywa do kikuta żołądka (zespolenie żołądkowo-jelitowe) wytwarzając nową drogę pokarmową. Odcinek bliższy jelita cienkiego połączony z dwunastnicą przyszywa się do boku jelita cienkiego wytworzonej drogi pokarmowej (zespolenie jelitowo-jelitowe). W ten sposób do nowej drogi pokarmowej dostarczane są enzymy trawienne wydzielane do dwunastnicy przez trzustkę i wątrobę. Czasami rekonstrukcję przewodu pokarmowego można wykonać bez przecinania pętli jelita cienkiego. Wtedy przyszywa się bok pętli jelita cienkiego do dna żołądka. Przy takiej rekonstrukcji często występują żółciowe zapalenia żołądka. W bliskim związku z żołądkiem pozostaje śledziona. Jest to narząd, który łatwo ulega uszkodzeniu i czasami istnieje konieczność usunięcia śledziony razem z żołądkiem. W raku żołądka zdarza się, że nowotwór naciekiem zajmuje sąsiadujące narządy tworząc jednolitą guzową masę. Dlatego, w uzasadnionych przypadkach, może być konieczne usunięcie wraz z żołądkiem części trzustki, części jelita grubego, pęcherzyka żółciowego. W nowotworach złośliwych często obecne są przerzuty do węzłów chłonnych. Dlatego oprócz usunięcia żołądka konieczne jest wycięcie układu chłonnego w zakresie uzależnionym od lokalizacji raka w żołądku i jego typu histopatologicznego (wynik badania mikroskopowego wycinków raka pobranych podczas gastrokopii wykonanej przed operacją). Wycięcie układu chłonnego nazywa się limfadenektomią. Razem z układem chłonnym wycina się sieć większą. W przypadku stwierdzenia nieznanych wcześniej odrębności anatomicznych lub wcześniej nie zidentyfikowanych patologii jamy brzusznej zabieg operacyjny może ulec modyfikacji w zakresie koniecznym do uzyskania najbardziej korzystnego efektu leczniczego lub zmniejszenia ryzyka groźnych powikłań

V. Opis innych dostępnych metod leczenia

Chemioterapia: polega na dożylnym lub doustnym podawaniu jednego lub kilku (dwa, trzy lub cztery) leków przeciwnowotworowych. Chemioterapia jest prowadzona przez lekarza onkologa. Lekarz onkolog decyduje o rodzaju leków, ich dawkach, sposobie podawania i terminach chemioterapii. Około połowa przypadków raka żołądka nie wykazuje odpowiedzi na chemioterapię (rak rozwija się pomimo leczenia). Radioterapia: polega na niszczeniu tkanek raka za pomocą promieniowania wytwarzanego przez specjalistyczną aparaturę (lampy, naświetlania).

Radioterapia prowadzona jest przez lekarza onkologa. Lekarz onkolog decyduje o rozległości, dawkach i czasie radioterapii. Skuteczność radioterapii w jamie brzusznej jest ograniczona z powodu objawów ubocznych. Leczenie skojarzone: łączy różne sposoby leczenia raka np. chemioterapię z radioterapią, operację z chemioterapią. W zaawansowanych postaciach raka żołądka rozważane są schematy leczenia skojarzonego z okołoperacyjną chemioterapią, chemioterapią pooperacyjną lub pooperacyjną chemioradioterapią. Wiele schematów leczenia skojarzonego prowadzonych jest w ramach kontrolowanych badań klinicznych.

Leczenie objawowe, które nie leczy raka a łagodzi jego objawy. Leczenie objawowe może obejmować leczenie bólu, łagodzenie nudności i wymiotów, wyrównywanie niedoborów płynów, elektrolitów, anemii, upuszczania płynu z jamy brzusznej i/lub jam opłucnowych itd.

VI. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną/leczeniem operacyjnym

Omówione powyżej leczenie może powodować szereg powikłań: śródoperacyjnych, wczesnych pooperacyjnych i późnych pooperacyjnych. Do ważniejszych powikłań można zaliczyć:

- uszkodzenie sąsiednich narządów (np. śledziona, wątroby, trzustki, jelit, nerek, przepony, nerwów, naczyń krwionośnych) wymagające ich naprawy lub usunięcia. Ryzyko wzrasta przy otyłości, zaburzonych stosunkach

anatomicznych, po przebytych zabiegach operacyjnych w jamie brzusznej, po przebytych stanach zapalnych i/lub zrostach;

- krwawienia, przy których zachodzi konieczność transfuzji krwi, zabiegów endoskopowych lub operacyjnych;
- nieszczelność w zespoleniu żołądkowo-jelitowym, dwunastnicy lub zespoleniu jelitowejelitowym, mogące prowadzić do wytworzenia zbiorników ropnych, przetok jelitowych, zapalenia otrzewnej i konieczności ponownej operacji;
- zapalenie trzustki, przetoka trzustkowa;
- infekcja rany pooperacyjnej: może prowadzić do przedłużonego gojenia, powstawania ropni lub przetok, rozejścia się rany; ze względu na osłabienie odporności związane z chorobą i leczeniem każda infekcja może wywołać stan septyczny;
- uszkodzenia skóry przez środki dezynfekcyjne lub prąd elektryczny;
 - zbyt duże i nieestetyczne blizny, które mogą powstać w wyniku skłonności osobniczych lub zaburzeń w procesie gojenia ran;
- powikłania kardiologiczne: niedokrwienie i/lub zawał mięśnia sercowego; zaburzenia rytmu serca, niewydolność serca, zaburzenia ciśnienia tętniczego prowadzące do zaburzeń ukrwienia innych narządów w tym mózgu;
- tworzenie się zakrzepów i zatorów np. zakrzepowe zapaleniem żył, zator tętnicy płucnej, udar mózgowy itp.;
- powikłania oddechowe: zapalenie płuc, płyn w jamach opłucnowych, niewydolność oddechowa; • powikłania neurologiczne dotyczące zaburzeń czucia obwodowego, zaburzeń widzenia, słyszenia, porażień nerwów obwodowych, uszkodzeń mózgu lub rdzenia kręgowego o charakterze przemijającym lub utrwalonym;
- zaburzenia nastroju, zaburzenia zachowania i zaburzenia psychiczne o charakterze przemijającym lub utrwalonym;
- ból spowodowany uszkodzeniem nerwów obwodowych, splotów nerwowych lub ośrodków nerwowych w mózgu lub rdzeniu kręgowym o charakterze przemijającym lub utrwalonym, bóle neuropatyczne;
- zakażenie wirusem zapalenia wątroby (tzw. żółtaczką zakaźną) lub HIV;
- niektóre powikłania mogą powodować poważne zagrożenie dla zdrowia i życia, mogą wymagać dodatkowych badań i zabiegów, czasami ponownej operacji, a czasami mogą doprowadzić do zgonu;
- w czasie operacji i w okresie pooperacyjnym mogą wystąpić również niespotykane dotąd powikłania o nieznanym przebiegu i następstwach.

Powodzenie leczenia operacyjnego stwarza nadzieję na wydłużenie życia chorego. Prawdopodobieństwo przeżycia 5 lat u chorych po resekcji raka żołądka wynosi około 20- 30%. Na podstawie dotychczasowej wiedzy trudno jest dokładnie określić długość przeżycia pacjentów i przewidywać rodzaj i okres, w którym mogą pojawić się późne powikłania subtotalnej resekcji żołądka w trakcie lub po spożyciu posiłków mogą wystąpić nieprzyjemne doznania, takie jak uczucie pełności w nadbrzuszu, skurczowe bóle brzucha, biegunka połączone z uderzeniem gorąca, przyspieszonym biciem serca, a nawet zawrotami głowy czy spadkiem ciśnienia krwi. Dla uniknięcia lub zmniejszenia nasilenia tych dolegliwości konieczna jest modyfikacja nawyków żywieniowych. Po operacji zwykle dochodzi do utraty kilku kilogramów wagi ciała, następnie waga stabilizuje się i może ulec zwiększeniu. Po subtotalnej resekcji żołądka mogą występować zaburzenia wchłaniania niektórych elementów, w tym żelaza, wapnia, białka czy witaminy B12, niezbędnej do odtwarzania krwinek czerwonych i prawidłowego funkcjonowania układu nerwowego. Po stwierdzeniu obniżonego stężenia tej witaminy we krwi może być konieczne przyjmowanie tej witaminy w formie zastrzyków domięśniowych. Po

każdej operacji w jamie brzusznej może dojść do wytworzenia zrostów w jamie brzusznej, które nawet po latach mogą doprowadzić do niedrożności jelit. W różnym okresie od operacji może dojść do wystąpienia przepukliny pooperacyjnej. Kolejnym możliwym odległym powikłaniem po resekcji żołądka jest zwężenie w miejscu zespolenia powodujące utrudnienie w przyjmowaniu pokarmów (wymagające zabiegów rozszerzania na drodze endoskopowej lub operacyjnej). Należy również się liczyć z powikłaniami związanymi ze wznową miejscową raka wymagającymi postępowania chirurgicznego. Po 15-20 latach od subtotalnej resekcji żołądka zwiększa się ryzyko powstania raka w pozostawionej części żołądka, co wymaga okresowej kontroli endoskopowej.

Powinniście Państwo być świadomi, że operacja jest zawsze związana z ryzykiem powikłań, zarówno wymienionych powyżej, jak i innych, rzadziej występujących, trudnych do przewidzenia. Wystąpienie powikłań może wymagać kolejnych operacji, zmiany sposobu leczenia, przedłużenia jego okresu i może być także przyczyną śmierci. Nie można zatem z całą pewnością oczekiwać, że podczas leczenia operacyjnego lub po nim nie dojdzie do ich wystąpienia

VII. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku z stanem zdrowia pacjenta

cukrzyca, choroby serca (przebyte zawały, zaburzenia rytmu serca), choroby płuc (astma, przebyta gruźlica, zapalenia płuc) , palenie papierosów, niedożywienia

są czynnikami zwiększającymi ryzyko powikłań zabiegu operacyjnego/procedury medycznej.

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanej metody leczenia/procedury medycznej.

Rezygnacja z próby resekcji żołądka powoduje dalszy rozwój raka z możliwością naciekania innych narządów oraz przerzutów do węzłów chłonnych, otrzewnej i innych narządów. W konsekwencji postępu choroby nastąpi zgon z wyniszczenia i/lub powikłań związanych z rozwojem lokalnym nowotworu i pojawiającymi się przerzutami odległymi. Dynamika rozwoju raka żołądka zależy od wielu czynników i jest trudna do przewidzenia. Zbyt późne podjęcie leczenia operacyjnego może spowodować, że resekcja żołądka będzie niemożliwa.

Ja niżej podpisany/ly oświadczam, że:

- W pełni zrozumiałem/am informacje zawarte w tym formularzu oraz informacji dodatkowej oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem;
- Zapoznałem/łam się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem poinformowany/na o moim stanie zdrowia, proponowanym rodzaju leczenia i alternatywnych możliwościach leczenia.
- Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem spełnione zostały moje oczekiwania co do informacji na temat proponowanego sposobu leczenia, dających się przewidzieć następstwach jego zastosowania lub zaniechania, ryzyku związanym z podejmowanym leczeniem i możliwych dających się przewidzieć powikłaniach; zapewniono mi możliwość zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący mnie;
- Podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem / łam istotnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, badań i przebytych chorób.

Data i podpis pacjenta.....*

Data i podpis przedstawiciela ustawowego*

Zgoda Sądu.....*

Równocześnie wyrażam zgodę na ewentualną zmianę techniki zabiegu i/lub zakresu zabiegu jeżeli obraz śródoperacyjny będzie tego wymagał.

Data i podpis pacjenta *

Data i podpis przedstawiciela ustawowego *

Zgoda Sądu *

Po wystarczającym czasie do namysłu oświadczam, że :

- wyrażam dobrowolnie i świadomie zgodę na zastosowanie proponowanej metody leczenia operacyjnego/przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej*

Data i podpis pacjenta *

Data i podpis przedstawiciela ustawowego *

Zgoda Sądu *

- nie wyrażam zgody na zastosowanie proponowanej metody leczenia operacyjnego/przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej. Zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.*

Data i podpis pacjenta *

Data i podpis przedstawiciela ustawowego *

Zgoda Sądu *

OŚWIADCZENIE LEKARZA

Oświadczam, że przedstawiłam(em)/łam pacjentowi planowany sposób leczenia/procedurę medyczną/leczenie operacyjne zgodnie prawdą i aktualną wiedzą medyczną, udzieliłam informacji umożliwiających świadome i dobrowolne wyrażenie zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałam o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej/leczenia operacyjnego.

.....

Data, podpis i pieczęć lekarza