



## INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA LECZENIE : POSZERZENIE ZWĘŻONEGO ZESPOLENIA

Nazwisko i imię: ..... \*

PESEL: ..... \*

Został u Pani/Pana rozpoznany ..... \*

### I. Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody :

Imię i nazwisko Pacjenta ..... \*

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego .....

Zgoda Sądu .....

### II. Nazwa procedury medycznej :

Poszerzenie zwężonego zespolenia

### III. Wskazania do wykonania procedury medycznej :

Wskazaniem do wykonania procedury endoskopowego poszerzenia zwężonego zespolenia jest jego zwężenie do stopnia utrudniającego pasaż treści pokarmowej. Nadmierne zwężenie może doprowadzić do niedrożności przewodu pokarmowego.

Takie zwężenia występują w zespoleniach po operacjach chirurgicznych z powodu guzów nowotworowych, zwężeń po radioterapii i innych zmian zapalnych.

### IV. Opis przebiegu proponowanych procedur medycznych :

Zabieg poszerzania zespolenia wykonuje się w znieczuleniu ogólnym prowadzonym przez lekarza anestezjologa.

Stosuje się kilka metod endoskopowego poszerzania zwężonego zespolenia.

Przy użyciu endoskopu i niekiedy pod kontrolą obrazu radiologicznego przez zwężenie lub zespolenie wprowadza się metalową samorozprężalną protezę, przez którą po zabiegu będzie swobodniejszy pasaż treści pokarmowej. Proteza – stent, jest to rozprężająca się rurka wykonana z metalowej siatki. W zależności od wskazań do wykonania zabiegu wprowadzona proteza może być powleczone specjalnym materiałem (co umożliwi jej późniejsze usunięcie) lub nie. O rodzaju zastosowanej protezy zdecyduje lekarz wykonujący zabieg. Po umieszczeniu protezy ulega ona rozprężeniu powodując poszerzenie zwężonego zespolenia. Usunięcie protezy wykonuje się endoskopem i za pomocą kleszczyków wyjmuje się protezę za specjalną pętlę powodującą zwężenie protezy podczas manewru usunięcia.

Balonowanie – jest to metoda podczas której zakłada się specjalną prowadnicę z wrzecionowatym balonem na końcu. Napompowanie balonika powoduje rozciągnięcie tkanek i poszerzenie zespolenia.

W przypadku twardych, bliznowato zmienionych tkanek stosuje się wykonanie nacięć za pomocą diatermi elektrycznej, co powoduje rozciągnięcie się tkanek i poszerzenie zespolenia

## **V. Opis innych dostępnych metod leczenia**

W przypadku braku powodzenia lub braku zgody na powyższe metody pozostaje operacja chirurgiczna i wycięcie zespolenia lub sztuczny odbył.

## **VI. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną**

Powikłania występują rzadko i należą do nich:

- perforacja przewodu pokarmowego , która występuje sporadycznie
- krwawienie - leczone endoskopowo i zachowawczo
- przerośnięcie metalowej siatki przez guz nowotworowy, o ile nie jest to proteza powlekana.
- w przypadku poszerzania zwężeń nowotworowych może dochodzić do nawrotu zwężenia
- gorączka - zwykle ustępująca po antybiotykoterapi
- ból brzucha, który jest przemijający i ustępuje po lekach przeciwbólowych
- przemieszczenie protezy (dotyczy 5 -15% chorych i wymaga usunięcia protezy oraz założenia nowej). W przypadku braku możliwości usunięcia przemieszczonej protezy może istnieć konieczność operacyjnego usunięcia protezy. Niekiedy konieczne jest założenie sztucznego odbytu.

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

U osób z licznymi chorobami współistniejącymi (przede wszystkim układu oddechowego i układu krążenia) mogą wystąpić powikłania w postaci zaostrzenia tych schorzeń.

## **VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanej metody leczenia**

Opisane metody pozwalają na zapobieganie niedrożności przewodu pokarmowego. Prawidłowy pasaż treści pokarmowej w sposób naturalny zwiększa komfort życia.

## OŚWIADCZENIA PACJENTA

### Oświadczam, że:

- W pełni zrozumiałem/am informacje zawarte w tym formularzu oraz informacji dodatkowej oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem;
- Zapoznałem się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem poinformowany/na o 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, ryzyku i możliwych 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 / ła istotnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, badań i przebytych chorób.

Data i podpis pacjenta .....\*

Data i podpis przedstawiciela ustawowego .....

Zgoda Sądu .....

### Po wystarczającym czasie do namysłu oświadczam, że

**WYRAŻAM DOBROWOLNIE ZGODĘ** na zastosowanie proponowanej metody leczenia lub przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej\*

Data i podpis pacjenta .....\*

Data i podpis przedstawiciela ustawowego .....

Zgoda Sądu .....

**NIE WYRAŻAM ZGODY** na zastosowanie proponowanej metody leczenia/przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej. Zostałem/am poinformowany/ao 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) pacjentowi planowany sposób leczenia zgodnie prawdą i posiadaną wiedzą medyczną, udzieliłam informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałam o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej.

.....\*

Data, podpis i pieczęć lekarza