

INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE LAPAROSKOPOWEGO/ LAPAROTOMIJNEGO LECZENIA OPERACYJNEGO RAKA TRZONU/SZYJKI MACICY

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI:.....
NUMER HISTORII CHOROBY:.....

1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚĆ OPERACJI

W trakcie przeprowadzonych dotychczasowych badań rozpoznano u Pani:

.....
Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na złośliwy charakter schorzenia jednakże ostateczne badanie histopatologiczne pobranego w trakcie operacji materiału jak również ocena makroskopowa stopnia wyglądu narządów jamy brzusznej i miednicy małej pozwoli na postawienie ostatecznego rozpoznania jak również ocenę stopnia zaawansowania choroby. Na tej podstawie będzie możliwe określenie radykalności operacji jak również ewentualne zaproponowanie najbardziej odpowiedniego leczenia uzupełniającego – radioterapii, radiochemioterapii bądź chemioterapii.

2. METODA LECZENIA OPERACYJNEGO

Rodzaj schorzenia oraz stan ogólny Pani zdrowia pozwalają zaproponować Pani małoinwazyjną metodę leczenia jaką jest laparoscopia.

Laparoscopia polega na wprowadzeniu do jamy brzusznej urządzenia optycznego przez niewielkie kilkumilimetrowe nacięcie powłok brzusznych. Po jego wprowadzeniu pod kontrolą wzroku wprowadzane są 3 -4 troakary- rurki o śr kilkumilimetrów również po kilkumilimetrowych 3-4 nacięciach powłok brzusznych, którymi wprowadzane są do jamy brzusznej narzędzia operacyjne. Zabieg przeprowadzany jest po insuflacji jamy brzusznej dwutlenkiem węgla. Po wglądzie w jamę brzuszną ustalany jest zakres zabiegu .

W trakcie zabiegu, dla zwiększenia jego bezpieczeństwa – zmniejszenia ryzyka powikłań, może być konieczne założenie domacicznie manipulatora z dostępu przez pochwę.

Laparotomia jest techniką otwartą operacji i polega na nacięciu powłok jamy brzusznej, w przypadkach onkologicznych preferowane jest nacięcie pośrodkowe od spojenia powyżej pępka, w przypadku zabiegów bardziej radykalnych sięgające do wyrostka mieczykowatego mostka. Po nacięciu powłok brzusznych uzyskuje się wgląd w jamę brzuszną i po zastosowaniu specjalnych retraktorów do powłok brzusznych przeprowadza zabieg operacyjny.

We wczesnych postaciach raka trzonu macicy, mniej zaawansowanych rakach szyjki macicy efektywność obu metod laparotomii i laparoskopii jest taka sama a laparoscopia jest techniką mniej inwazyjną, pozwalającą na szybszy powrót do zdrowia jednakże nie wszyscy pacjenci mogą być jej poddani z uwagi różne choroby przewlekłe.

W zaawansowanych postaciach nowotworów złośliwych , przy konieczności usuwania dużej masy guza laparotomia jest metodą z wyboru.

3. PLANOWANE JEST:

- usunięcie macicy z jajowodami
- z/bez jajników
- ocena i usunięcie węzłów wartowiczych przy użyciu zieleni indocjaninowej, w tym celu wcześniej ostrzykiwana jest szyjka macicy środkiem barwiącym umożliwiającym uwidocznieniem dróg chłonnych i węzłów chłonnych wartowniczych
- limfadenektomii miedniczej wykonywanej po uprzednim rozpreparowaniu przestrzeni zaotrzewnowej i uwidocznieniu naczyń biodorowych wewnętrznych, zewnętrznych , wspólnych, przestrzeni zasłonowej pod kontrolą nerwu zasłonowego i naczyń zasłonowych
- limfadenektomia okołoaortalna pod kontrolą aorty, żyły głównej, tętnicy kreskowej dolnej , naczyń jajnikowych i nerkowych – zgodnie z planowanym zakresem
- usunięcie sieci większej
- usunięcie wyrostka robaczkowego
- usunięcie przymacicz bocznych po odpreparowaniu moczowodów z kanałów moczowodowych, przymacicz tylnych po zsunięciu odbytnicy i rozpreparowaniu przegrody odbytniczo-pochwowej, przymacicz przednich po zsunięciu pęcherza moczowego

W trakcie operacji może zaistnieć konieczność wykonania badania śródoperacyjnego i poszerzenia zakresu operacji względem pierwotnie planowanego – czy wyraża Pani zgodę na poszerzenie zakresu operacji w wymiarze jaki będzie konieczny

Poszerzenie zakresu może okazać się konieczne również jeśli okaże się, że choroba jest bardziej zaawansowana.

- Może się to wiązać również z koniecznością wykonania zabiegu na jelicie – jego segmentalnej resekcji z zespoleniem wewnątrzbrzusznym lub poprzez przejście do zabiegu otwartego – nacięcie powłok brzusznych poprzeczne bądź podłużne a w razie konieczności, jeśli zakres resekcji będzie duży wyłonienia czasowej lub stałej stomii (sztucznego odbytu)

- Może się to wiązać z koniecznością usunięcia fragmentu pęcherza moczowego z jego zeszcyciem , bądź usunięcia fragmentu moczowodu z jego przeszczepieniem w inne miejsce w pęcherzu moczowym po uprzednim założeniu do moczowodu cewnika , który następnie przez kilka-kilkanaście tygodni będzie utrzymany w moczowodzie i wyjęty po tym czasie w drodze cystoskopii – technika obrazowania pęcherza moczowego.

- Może zaistnieć konieczność usunięcia otrzewnej powłok brzusznych, śledziony, fragmentu wątroby

W trakcie operacji może dojść do uszkodzenia moczowodów, jelit , naczyń , pęcherza moczowego które mogą być jednocześnie zaopatrzone w laparoskopii ale może to wymagać przejścia do zabiegu otwartego – laparotomii.

Może się okazać, że z powodu warunków anatomicznych , operacyjnych albo zaawansowania choroby będzie konieczność przejścia do zabiegu otwartego i wykonania całej operacji tą drogą.

4. CELEM PROPONOWANEJ OPERACJI JEST:

- postawienie ostatecznego rozpoznania
- ocena stopnia zaawansowania choroby
- leczenie radykalne
- leczenie cytoredukcyjne

5. ALTERNATYWNE METODY LECZENIA PANI SCHORZENIA:

- chemioterapia
- radioterapia

6. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI:

- krwawienie , zapalenie, ból
- przejściowe zaburzenia oddawania moczu i stolca
- przetoka pochwowo – pęcherzowa,
- przetoka moczowodowo – pochwowa
- objawy klimakterium w przypadku usunięcia jajników
- niemożność posiadania potomstwa

7. MOŻLIWOŚCI WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ:

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym.

Powikłania związane z tą operacją mogą między innymi polegać na:

- śródoperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodu,
- powstanie przetok pęcherzowo-pochwowych, moczowodowo-pochwowych

- śródooperacyjnym uszkodzeniu jelit, powstaniu przetoki jelitowej
 - niedrożności pooperacyjnej jelit
 - śródooperacyjnym krwotoku
 - wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej
 - powikłaniach zatorowo-zakrzepowych (tworzeniu się skrzeplin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzep) zagrażających życiu i zdrowiu, które mogą wymagać powtórnych interwencji operacyjnych i/lub leczenia wysokimi dawkami leków przeciwkrzepliowych
 - zapaleniu otrzewnej
 - zakażeniu rany pooperacyjnej
 - zapaleniu pęcherza moczowego
 - uszkodzeniu dużych naczyń – aorty, żyły głównej, żył biodrowych, zagrażających życiu i zdrowiu – wymagających reinterwencji operacyjnej lub najczęściej zabiegu naprawczego jednoczasowego w trakcie tej samej operacji
 - powstaniu odmy
 - powstaniu zespołu przewodnienia
- Ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania pooperacyjne proponowanego Pani zabiegu zdarzają się rzadko.
Ich częstość się zwiększa w przypadku dużego zaawansowania procesu nowotworowego.

8.ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji w Pani przypadku jest:

duże średnie ograniczone

Jeśli nie wyrazi Pani zgody na proponowany zabieg rokowanie co do Pani stanu zdrowia w przyszłości jest następujące:

.....

9. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy aby Pani zapoznała się z powyższymi informacjami i zapytała o wszystko, co chciałaby Pani wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Panią wyjaśnienia można uzyskać u każdego specjalisty ginekologa zatrudnionego w naszym oddziale. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani pytania.

10. ZASTRZEŻENIA PACJENTKI, CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA OPERACYJNEGO

.....

.....
.....

11. KONIECZNOŚĆ ZMIANY / ROZSZERZENIA ZABIEGU OPOERACYJNEGO WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność. Przy braku Pani zgody zabieg ooperacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

12. OŚWIADCZENIE PACJENTKI

W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem.....
spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
- wyników leczenia operacyjnego
- rokowania
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

BEZ ZASTRZEŻEŃ (LUB Z POWYŻSZYMI ZASATRZEŻENIAMI) ZGADZAM SIĘ na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu operacyjnego

.....
(rodzaj zabiegu)

ORAZ JEGO EWENTUALNE ZMIANY LUB ROZSZERZENIA, KTÓRE OKAZĄ SIĘ NIEZBĘDNE W TRAKCIE PRZEPROWADZANIA OPERACJI W RAZIE WYSTĄPIENIA NIEBEZPIECZEŃSTWA UTRATY ŻYCIA, CIĘŻKIEGO USZKODZENIA CIAŁA LUN CIĘŻKIEGO ROZSTROJU ZDROWIA.

.....
data, podpis lekarza

.....
podpis pacjenta albo uprawnionego opiekuna

NIE ZGADZAM SIĘ NA PROPONOWANY MI ZABIEG OPOERACYJNY. ZOSTAŁAM
POINFORMOWANA O MOŻLIWYCH NEGATYWNYCH KONSEKWENCJACH TAKIEJ
DECYZJI DLA MOJEGO ZDROWIA I ŻYCIA

.....

data, podpis lekarza

.....

podpis pacjenta albo uprawnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu:

.....
.....
.....

.....

data, podpis lekarza