



**INFORMACJA DLA PACJENTA  
ORAZ  
ZGODA NA ZABIEG USUNIĘCIA STULEJKI**

**Strona 1z2**

**Wydanie 1  
X. 2012r**

Dane chorego

Imię i nazwisko Pacjenta:.....

PESEL/Data ur.....

Nr.historii choroby .....

Szanowna Pani/ Szanowny Panie!

W wyniku badania fizykalnego i badań dodatkowych stwierdzono u Pani/ Pana/ Dziecka stulejkę. Schorzenie to wymaga często leczenia chirurgicznego. Przed planowanym zabiegiem operacyjnym lekarz prowadzący będzie rozmawiać z Panią/ Panem na temat przebiegu operacji, przygotowania do niej i możliwych powikłań, rokowaniu i postępowaniu po zabiegu. Poniższe informacje pomogą przygotować się Pani/ Panu do tej rozmowy i podjąć decyzje co do dalszego leczenia.

**Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta do leczenia operacyjnego**

**Stulejka** jest to okrężne przewężenie napletka, które uniemożliwia lub znacznie utrudnia jego odprowadzenie. Stulejka może występować od urodzenia. Zabieg operacyjny uważa się za konieczny między 7 a 8 rokiem życia – jeżeli nie była powikłana np. stanami zapalnymi. Stulejka może wystąpić znacznie później nawet u osób dorosłych np. wskutek urazów lub stanów zapalnych napletka.

**Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej / operacji**

Zabiegowe leczenie stulejki polega na:

- plastyka napletka- nacięcie napletka w miejscu zwężenia, lub kilka niewielkich nacięć,
- obrzezanie - okrężne wycięcie napletka.

**Opis najczęstszych powikłań związanych z proponowaną procedurą medyczną / operacją**

Pomimo dużego doświadczenia i staranności ze strony zespołu operacyjnego w czasie operacji i po niej może dojść do powikłań, które przeważnie są natychmiast rozpoznawane i leczone.

- krwiak podskórny,
- zakażenie rany – wymaga stosowania antybiotyku, niekiedy re-operacji- ilości zakażeń w tego typu operacji w naszym szpitalu jest poniżej 1%,
- wytworzenie blizny ponownie zwężającej napletek - wymagającej re-operacji,
- inne, rzadko spotykane i niemożliwe do przewidzenia.

**Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych**

Operacje te zazwyczaj przynoszą oczekiwany rezultat, ale w każdym wieku może dojść do ponownego zwężenia napletka.

**Pytania pacjenta do rozmowy wyjaśniającej**

Proszę wpisać wszystkie pytania jakie ma Pani/ Pan do lekarza.

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

**O czym powinien wiedzieć lekarz**

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



**INFORMACJA DLA PACJENTA  
ORAZ  
ZGODA NA ZABIEG USUNIĘCIA STULEJKI**

Strona 2z2

Wydanie I  
X. 2012r

◆ Czy wiadomo, że istnieją u Pani/ Pana /Dziecka zaburzenia przemiany materii (np. cukrzyca) lub inne choroby tj. Choroby serca, naczyń, wątroby, tarczycy, układu nerwowego?	Tak/ nie
◆ Czy są u pacjenta współistniejące choroby zakaźne np. zapalenie wątroby, AIDS, nosicielstwo bakteryjne (gardło, nos, przewód pokarmowy)?	Tak/ nie
◆ Czy stwierdzone zostały u pacjenta uczulenia lub nadwrażliwość na leki, plastry, lateks, rośliny, środki spożywcze, zwierzęta?	Tak/ nie
◆ Czy występowały kiedykolwiek napady drgawek?	Tak/ nie
◆ Czy przy u Pani/ Pana wcześniejszych operacjach lub skaleczeniach (np. leczenie zęba) doszło do wzmożonego krwawienia?	Tak/ nie
◆ Czy wcześniej, w przypadku powstania ran, dochodziło do ropienia, opóźnionego gojenia, ropni, przetok, zgrubienia blizny po zagojeniu?	Tak/ nie
◆ Czy przyjmowane są leki tj. nasercowe, przeciwbólowe, hormony, hamujące krzepliwość krwi (np. Sintrom, Synkumar, Aspiryna, Acard)?	Tak/ nie
◆ Czy obserwowano u Pani/ Pana zakrzepy żyłne lub zatorowość płucną?	Tak/ nie

**Uwagi lekarskie do rozmowy wyjaśniającej**

(Np. ryzyko indywidualne i możliwe komplikacje, postępowanie wtórne, specjalne pytania pacjenta, ograniczenie zgody co do transfuzji, możliwe skutki ujemne w przypadku odmowy lub przesunięcia terminu zabiegu, podstawy pacjenta do odmowy sposób dalszej opieki)

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

**Formularz zgody pacjenta na zabieg operacyjny.**

Lekarz .....

Przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniającą o proponowanej operacji .....

.....  
.....

(rodzaj operacji)

Zapoznałem/am się z treścią powyższej informacji oraz zostałem/am poinformowany o postępowaniu przed- i pooperacyjnym oraz o typowych powikłaniach związanych z proponowaną operacją i zabiegami towarzyszącymi. Przedstawiono mi również możliwość zastosowania innego postępowania medycznego.

Zrozumiałem/am wyjaśnienia lekarza, czuję się wystarczająco poinformowany/a, nie mam więcej pytań i po wystarczającym czasie do namysłu **wyrażam zgodę na planowaną operację.** Jednocześnie zgadzam się na zmianę lub poszerzenie postępowania chirurgicznego oraz czynności konieczne do ratowania mojego zdrowia i życia w przypadku wystąpienia nieprzewidywalnych przed operacją okoliczności. Moja **zgoda dotyczy** także ewentualnego koniecznego **przetaczania krwi.**

Wiem także, że w związku z przeprowadzeniem zabiegu operacyjnego dla personelu medycznego istnieje możliwość ekspozycji na moją krew lub inny płyn z mojego ciała (wydaliny, wydzieliny). Dlatego w razie zaistnienia takiej sytuacji wtedy, gdy będę znajdował/a się pod wpływem narkozy lub innych środków uspakajających/ nasennych lub narkotycznych leków przeciwbólowych **wyrażam także zgodę na pobranie mojej krwi w kierunku HIV, wirusowego zapalenia wątroby typu B i C,** które są niezbędne w postępowaniu poekspozycyjnym dla personelu medycznego.

.....  
(data, godzina i czytelny podpis pacjenta)

.....  
(data, podpis i pieczętka lekarza odbierającego formularz zgody)