

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG OPERACYJNY ŻYŁAKÓW KOŃCZYN DOLNYCH / USUNIĘCIA ŻYŁY ODPISZCZELOWEJ PRAWEJ / LEWEJ / MINIFLEBEKTOMIA

INFORMACJA DLA PACJENTA

Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Żyłakami to widoczne, trwałe, odcinkowe rozszerzenia żył powierzchownych, które przyjmują postać widocznych pod skórą balonowatych uwypukleń. Niewielkie żyłaki w początkowym okresie choroby nie wywołują żadnych dolegliwości, a chorzy zgłaszają się do chirurga z powodów estetycznych. W miarę postępu choroby pojawia się uczucie ciężkości i zmęczenia nóg, obrzęki stóp i łąki, bóle kończyn, przebarwienia skóry i owrzodzenia w okolicy podudzi. Nastęstwem nieleczonych żyłaków jest przewlekła niewydolność żylna prowadząca do powstania znacznych obrzęków, zmian troficznyc i owrzodzeń żylnych. Stwierdzone u Pana/ani żyłaki są wskazaniem do operacji. Operacyjne ich usunięcie jest najskuteczniejszą z metod leczenia tej choroby.

Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Operacja ma na celu usunięcie poszerzonych patologicznie oraz niewydolnych żył powierzchownych. Rozległość operacji jest zależy od zaawansowanych zmian w układzie żył powierzchownych. Ich rozległość określa się na podstawie badania usg, którego wynik decyduje o wyborze metody leczenia żyłaków. Przed zabiegiem należy również oznaczyć grupę krwi, morfologię, parametry krzepnięcia, poziom glukozy, mocznika, kreatyniny, sodu i potasu w surowicy krwi oraz wykonać badanie ogólne moczu. Konieczne jest prześwietlenie klatki piersiowej i ekg. Przed operacją otrzyma Pan/Pani heparynę drobnocząteczkową we wstrzyknięciu podskórnym jako profilaktykę zakrzepicy żył głębokich oraz 1 dawkę antybiotyku dożylnie jako profilaktykę zakażeń. Podczas klasycznej operacji usuwa się poszerzone żyły (żyłaki) o różnym umiejscowieniu oraz jedną lub dwie główne żyły powierzchowne - żyłę odpiszczelową i/lub ostrzałkową. O tym, czy główne żyły wymagają usunięcia decyduje wydolność ich zastawek określana w badaniu usg. Usuwanie żyłaków i żył wymaga licznych, niewielkich nacięć skóry. Żyłaki usuwa się przy pomocy narzędzi chirurgicznych lub stosując sondy schładzane ciekłym azotem do niskiej temperatury. Operację kończy zeszywanie ran, założenie opatrunków oraz opasek elastycznych. Po wyjściu ze szpitala będzie trzeba stosować pończochy przeciw żyłakowe o I stopniu ucisku przez 6-8 tygodni. Szwy zdejmują się zwykle po 7 dniach.

PROCEDURY ALTERNATYWNE:

Istnieją dwie metody wewnątrz żylnego zamykania żyły odpiszczelowej: laserem i prądem o radiowej częstotliwości. Polega to na wprowadzeniu do światła żyły specjalnych sond, które po rozgrzaniu wysuwają się i jednocześnie uszkadzają żyłę od wewnątrz powodując jej zamknięcie. Inną metodą jest skleroterapia (leczenie obliteracyjne). Polega na wstrzykiwaniu do żyłaków leków, których zadaniem jest trwałe ich zamknięcie (obliteracja). Wskazaniem do takiego leczenia są teleangiektazje (pajączki), żyłki siatkowate i pojedyncze, niewielkie żyłaki oraz żyłaki nawrotowe. Inną metodą jest leczenie obliteracyjne pianą. Polega na wstrzykiwaniu do żyłaków leków w postaci piany (lek wymieszany z powietrzem), których celem jest trwałe ich zamknięcie. Terapia uciskowa (kompresjoterapia to zachowawcza, fizykalna metoda, w której stosuje się podkolanówki, pończochy, rajstopy lub opaski zapewniające stopniowy ucisk kończyny dolnej. Wyroby te muszą być dobrane indywidualnie i stosowane stale w ciągu całego dnia. Celem tej metody jest spowolnienie powiększania się żyłaków kończyn dolnych i opóźnienie powstania zaawansowanej postaci przewlekłej niewydolności żylnych a nie zlikwidowanie żyłaków.

POWIKŁANIA W TRAKCIE ZABIEGU I PO LECZENIU OPERACYJNYM:

- zakrzepica żył głębokich, która może być powikłana zatorowością płucną. Objawami zatorowości może być nagła duszność, ból w klatce piersiowej, krwioplucie, spadek ciśnienia tętniczego krwi, przyspieszenie czynności serca, utrata przytomności, zatrzymanie akcji serca. Odsetek tych powikłań nie przekracza 1%
- zakrzepica żył powierzchownych
- uszkodzenie sąsiednich narządów (np. tętnicy udowej, węzłów chłonnych). Ryzyko wzrasta przy znacznej otyłości, przy zaburzonych stosunkach anatomicznych, u chorych po przebytych rozległych stanach zapalnych, urazach, napromienianiu tej okolicy.

- uszkodzenie nerwów czuciowych w obrębie łydki. Niegroźne, ale może być uciążliwe i może prowadzić do przeczulicy lub niedoczulicy skóry w obrębie dalszej części goleni
- krwawienia śród i pooperacyjne
- zaburzenia oddychania do niewydolności oddechowej
- zakażenia rany pooperacyjnej, przedłużone gojenie, ropnie lub przetoki w ranie pooperacyjnej, krwotoki septyczne
- wyciek chłonki z rany pooperacyjnej – może trwać długo i jest trudny do leczenia, przedłuża gojenie się rany i opóźnia powrót do normalnej aktywności
- zakażenie wirusem zapalenia wątroby (tzw. żółtaczką zakaźną)
- uszkodzenie skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny
- powstanie dużych, szpecących i przeszkadzających blizn przy powikłaniach w procesie gojenia

Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

.....

.....

.....

Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z operacji może prowadzić do przewlekłej niewydolności żylniej. Objawami są: obrzęki, ból kończyny, zmiany troficzne w dalszej części goleni, owrzodzenie żyłne. Sprzyja powstawaniu zakrzepicy żył powierzchniowych.

OŚWIADCZENIE ŚWIADOMEJ ZGODY

.....
Imię i nazwisko pacjenta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

.....
Oddział

.....
data

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji. 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 poinformowany/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 podpis lekarza przyjmującego zgodę

.....
data i czytelny podpis pacjenta