

INFORMACJA DLA PACJENTA – FUNKCJONALNA ENDOSKOPOWA CHIRURGIA ZATOK PRZYNOSOWYCH (FESS)

SZANOWNY PACJENCIE,

Funkcjonalna endoskopowa chirurgia zatok przynosowych FESS wskazana jest w przewlekłym zapaleniu zatok przynosowych. Polega na usunięciu z nosa, z komórek sitowych, zatok szczękowych, czołowych i klinowych polipów, tkanek zapalnych, nieprawidłowych przegród kostnych, odblokowaniu ujść naturalnych zatok, wypłukaniu zatok i usunięciu patologicznej wydzieliny (ropy, mas grzybiczych, treści zastoinowej). Można jednocześnie wykonać wyprostowanie przegrody nosa i zmniejszyć małżowiny nosowe dolne (o ile jest to konieczne). Zabieg jest wykonywany w znieczuleniu ogólnym. Zabieg przywraca drożność nosa, poprawia wentylację zatok przynosowych i węch (o ile brak węchu nie trwał latami), pozwala na złagodzenie zatoko-pochodnych bólów głowy, ale nie zabezpiecza przed odrostem polipów w przypadku alergii, nie jest też skuteczny w przypadku przewlekłego ściekania wydzieliny po tylnej ścianie gardła. Jest zabiegiem wieloetapowym i złożonym, zakres zabiegu zależy od rozległości zmian, nie wszystkie etapy muszą być wykonywane w Pana/Pani przypadku.

- Usunięcie wyrostka haczykowatego
- Poszerzenie ujścia zatoki szczękowej
- Otwarcie sitowia przedniego i zachyłka czołowego
- Otwarcie sitowia tylnego
- Otwarcie zatoki klinowej

Przy zaniechaniu leczenia możliwe jest pogorszenie stanu zdrowia. Nie ma alternatywnej metody leczenia.

Możliwe powikłania:

Każdy zabieg chirurgiczny (operacja) może wiązać się z następstwami, które są wynikiem choroby lub leczenia (mogą wystąpić na każdym etapie diagnostyki i leczenia) oraz z powikłaniami, które choć nie są wynikiem błędu to są zdarzeniami niepożądanymi (występują z różną częstością).

Po zabiegu FESS mogą wystąpić następstwa lub powikłania:

Częste lecz niegroźne

- krwawienie wczesne (w pierwszej dobie), może wymagać tamponady;
- krwawienie późne (do 7 dnia, rzadko późniejsze), może wymagać tamponady;
- odma na twarzy, odma w obrębie powiek;
- obrzęk, zasinienie, ból w okolicy nosa i oczodołu, zapalenie tkanek oczodołu;
- zapalenie kości, nawroty infekcji;
- formowanie się strupów, skrzepów, ewakuacja fragmentów tkanek, nieprzyjemny zapach;
- konieczność oczyszczania nosa i nakładanie maści;
- rozwój zrostów wewnątrznosowych;
- dolegliwości o charakterze neuralgii;
- ponowny odrost polipów lub przerost tkanek zapalnych (przy nawracających infekcjach);
- bardzo rzadko: trwałe brak węchu po zabiegu.

Rzadkie, lecz poważniejsze:

- masywne krwawienie wymagające podwiązania tętnicy na szyi;
- bardzo rzadko: krwiak oczodołu;
- utrwalone objawy ze strony oczodołu: zaburzenia widzenia (dwojenie), łzawienie;
- płynotok, zapalenie opon mózgowo rdzeniowych, konieczność przeprowadzenia zabiegu naprawczego;
- bardzo rzadko: krwawienie z zatoki jamistej;
- bardzo rzadko: odma śródczaszkowa z koniecznością zabiegu neurochirurgicznego;
- bardzo rzadko: ślepotą oka po stronie operowanej;
- bardzo rzadko: skaleczenie i krwotok z tętnicy wewnętrznej.

Wymieniono większość następstw i powikłań, które mogą wystąpić ale w medycynie zawsze może dojść do sytuacji jeszcze nieopisywanych w literaturze fachowej, związanych z nietypową anatomią lub nietypową reakcją organizmu pacjenta. Ze wszystkimi pytaniami i wątpliwościami należy się zgłaszać do lekarza prowadzącego.

Po zapoznaniu się z formularzem proszę potwierdzić zgodę na zabieg własnoręcznym czytelnym podpisem

**OŚWIADCZENIE I ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG FUNKCJONALNEJ ENDOSKOPOWEJ
CHIRURGII ZATOK PRZYNOSOWYCH (FESS)**

.....
Imię i nazwisko pacjenta

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

PESEL

.....
Oddział

.....
data

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu funkcjonalnej endoskopowej chirurgii zatok przynosowych (FESS). Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/na przez

Imię i nazwisko lekarza

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 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 i podpis lekarza przyjmującego zgodę

.....
data i czytelny podpis pacjenta