

Operace hemoroidů/prolapsu konečníku

Diagnóza:

.....
.....

Zdravotnické zařízení:

Pacient:

Jméno, příjmení:.....

Rodné číslo:.....

VÁŽENÁ PACIENTKO, VÁŽENÝ PACIENTE, VÁŽENÍ RODIČE, vzhledem ke zdravotnímu stavu Vaší osoby nebo Vašeho dítěte je nutné provést výše zmíněný zákrok. Před vlastním výkonem s Vámi bude lékař/ka o nutnosti a možnostech zákroku hovořit. Musíte vědět o rizicích a možných komplikacích plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout. Tento formulář Vám má pomoci se na rozhovor připravit a důležité body zdokumentovat.

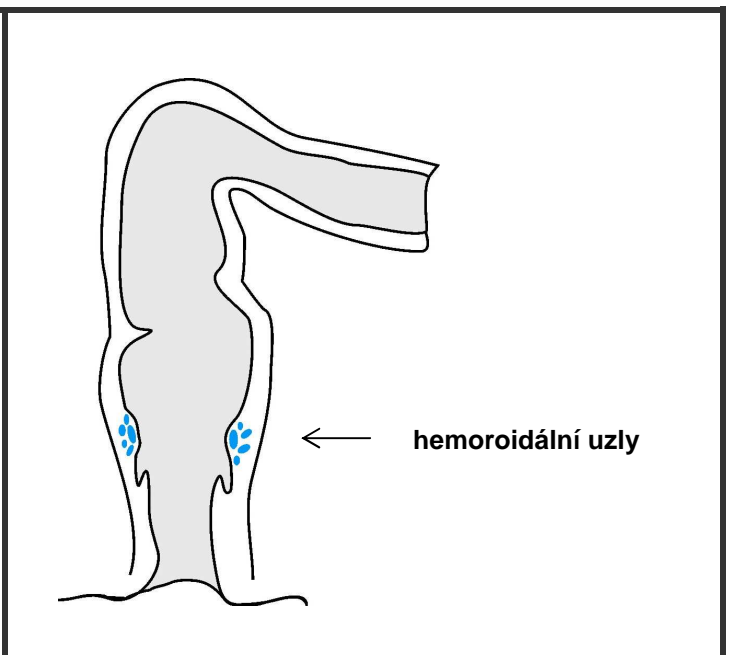
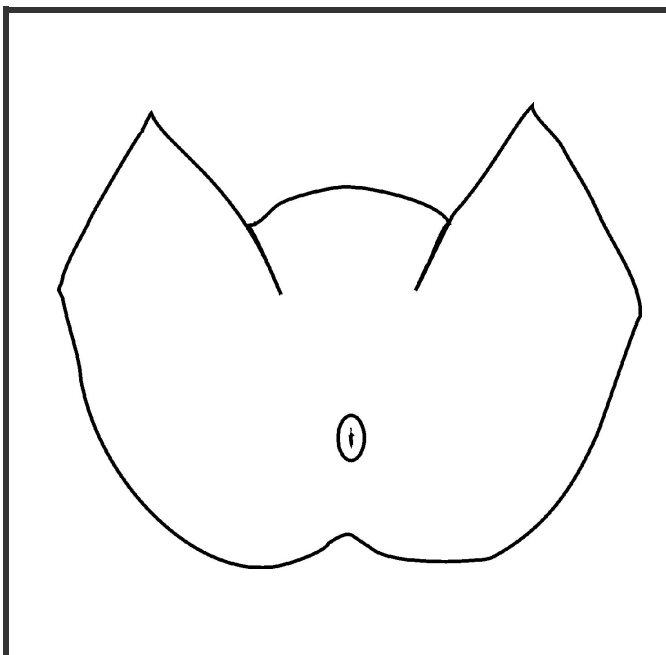
CO TO JE KONEČNÍK? CO TO JSOU HEMOROIDY?

Konečník je orgán sloužící k vyprazdňování střevního obsahu. Jeho součástí je tzv. hemoroidální pleteň.

Hemoroidy jsou nebolestivé, nezhoubné uzly tvořící se na základě ochabnutí cévní stěny v oblasti konečníku (tzv. hemoroidální pleteň). Rozlišujeme vnitřní hemoroidy, perianální

trombózu, kožní výčlipky, polypy a praskliny a píštěle. Podle velikosti rozlišujeme 4 stupně:

1. stupeň. Nejsou navenek patrné, často krvácejí, svědí a pálí.
2. stupeň. Při stolici se vyklenou, samy se zase stáhnou zpět. Krvácejí, svědí a pálí.
3. stupeň. Vyklenutí sliznice a uzlů při stání a po stolici, manuálně reponibilní.
4. stupeň. Jsou trvale vyklenuté, nedají se zcela reponovat (vrátit zpět do konečníku).





U jednoho pacienta se často vyskytují hemoroidy v několika stádiích. Nejčastějšími komplikacemi jsou záněty, krvácení, svědění a trombóza. Mohou být provázeny řitní trhlinou. Bez operačního ošetření se budou hemoroidy stále zvětšovat a může dojít k vyhřeznutí celé konečnickové sliznice navenek. Mohou vést až k poruše kontinence (udržení stolice).

JE MOŽNÉ OŠETŘENÍ BEZ OPERACE?

Malé hemoroidy mohou být příznivě ovlivněny správnou stravou, vyvarováním se zácpě, správnou hygienou. Ve Vašem případě Vám doporučujeme operaci vzhledem ke stadiu onemocnění a omezené možnosti konzervativního ovlivnění.

JAK BUDE OPERACE PROVEDENA?

Plánovaný výkon bude proveden v závislosti na druhu výkonu v celkové (v případě hospitalizace) nebo lokální anestézii nebo zcela bez umrtvení. Cílem operace je odstranění hemoroidálních uzlů. V úvahu připadají následující možnosti operace:

- Ligatura gumovými kroužky (ambulantně)
- Ošetření přístrojem Hemoron (ambulantně)
- HAL – RAR (ambulantně/s hospitalizací)
- Odstranění zevních hemoroidů a marisků
- Operace Milligen-Morgan, dle Longa...
- Jiné.....

ROZŠÍŘENÍ VÝKONU?

Při neočekávaných nálezech nebo komplikacích může být nevyhnutelné pozměnit plánovaný výkon nebo jej rozšířit o předem neprodiskutované výkony.

VYHLÍDKY NA ÚSPĚŠNOU LÉČBU?

Většinou jsou výsledky operace dobré, přesto se mohou znovu hemoroidy vytvořit.

POOPERAČNÍ PRŮBĚH A NÁVOD K DALŠÍMU OŠETŘOVÁNÍ

Pro dosažení očekávaného výsledku operace respektujte prosím všechna lékařská doporučení. V případě ambulantní operace se prosím nechte po ošetření odvézt a neúčastňujte se v den zákroku silničního provozu.

Promluvte si s lékařem o následujících bodech:

- Kdy odstranit stehy?
- Je možno se sprchovat a koupat?
- Budu užívat léky? (jak dlouho, množství, jaké)
- Je nutné fyzické šetření a prac. neschopnost?
- Jsou nutná nějaká další vyšetření? Termín?

OBECNÁ RIZIKA OPERAČNÍHO VÝKONU?

Míra rizika lékařského výkonu je ovlivněna mimo jiné Vaším celkovým zdravím a předchozími onemocněními. Vyplňte prosím pozorně tento dotazník:

- **Byl/a jste již v minulosti operován/a?**
ANO NE
S čím?.....
- **Jsou u Vás známá nějaká onemocnění (cukrovka, vysoký tlak, on. srdce, ledvin apod.)?**
ANO NE
Jaká?.....
- **Trpíte některými infekčními chorobami (např. chřipka, angína, hepatitis, AIDS)?**
ANO NE
Jakými?
- **Byl/a jste v poslední době očkovan/a?**
ANO NE
- **Objevily se u Vás někdy záchvaty křečí?**
ANO NE
- **Jste alergik/čka? Byla u Vás někdy pozorována nesnášenlivost některých léků?**
ANO NE
Jakých?
- **Vyskytlo se u Vás dříve silnější krvácení po jiných zákrocích (např. u zubaře)?**
ANO NE
Jak?.....
- **Vyskytly se někdy u Vás komplikace při hojení ran (např. píštěle, keloidy, hnisání)?**
Jaké?.....
- **Měl/a jste někdy trombózu, embolii?**
ANO NE
- **Užíváte pravidelně léky?**
Jaké?.....

U žen – jste těhotná?

 ANO NE
Jaké potíže se u Vás vyskytují?:

Krvácení patrné na toaletním papíře po stolici?

 ANO NE jak často

Krvácení patrné na stolici a v míse?

 ANO NE jak často

Stopy krve na spodním prádle?

 ANO NE jak často

Pálení v oblasti konečníku během dne?

 ANO NE jak často

Pálení v noci?

 ANO NE jak často

Svědění v oblasti konečníku během dne?

 ANO NE jak často

Svědění v noci?

 ANO NE jak často

Zácpa?

 ANO NE jak často chodíte týdně na stolici?

Průjem?

 ANO NE kolikrát denně chodíte na stolici?

Vyklenování u konečníku jen po stolici?

 ANO NE jak často

Dojde ke spontánnímu zmizení vyklenutí?

 ANO NE

Musíte vyklenutí zatlačit prsty?

 ANO NE jde to vždy?

Vyklenování u konečníku nelze zatlačit zpět?

 ANO NE

Máte bolesti při stolici?

 ANO NE jak často

Máte bolesti mimo stolici?

 ANO NE jak často

Prodělal/la jste již někdy zákrok na konečníku?

CO?

KDY?

KDE?

JAKÁ JSOU RIZIKA PLÁNOVANÉHO VÝKONU?

Přes nejvyšší opatrnost se mohou vyskytnout některé komplikace :

- Alergické reakce - podání anestetik nebo jiných léků mohou způsobit zarudnutí, otoky, svědění nebo nevolnost. Zřídka také vážné komplikace jako poruchy dechu, křeče, poruchy srdečního rytmu a tlaku krevního, vedoucí až k život ohrožujícímu šoku.
- Abscesy, záněty kůže a měkkých tkání, včetně cév a nervů jako následek injekcí, infúzí, nutné polohy na operačním stole, desinfekce a/nebo práce s elektrickým proudem při operaci.
- Trombo-embolie - zejména u ležících pacientů, kuřáků a pacientek užívajících hormonální antikoncepci může nastat uzavření žil krevní sraženinou a její následné zavlečení do plic s ohrožením na životě. Prevence trombo-embolie v podobě léků ovlivňujících srážlivost krve může zase naopak způsobit krvácení.
- Silné krvácení, které by si vyžádalo krevní transfúzi, při které hrozí minimální riziko přenosu infekčních onemocnění (např. hepatitis, AIDS, BSE) a alergické reakce.
- Zúžení, krvácení, prolaps a záněty v oblasti konečníku se mohou také vyskytovat, zvláště v případech silné vrstvy podkožního tuku a v sousedství jizev.
- Poranění vedlejších tkání, např. sliznice, svalů, nervů, která mohou vést k poruše citlivosti, k zúžení nebo inkontinenci a vyžádají si další léčbu.
- Hematom a otok konečníku vede k bolestivosti. Většinou se vstřebá během několika dnů.
- Bolesti zejména během stolice mohou trvat až týdny.
- Špinění v prvních dnech po operaci. Příležitostně porucha kontroly odchodu větrů a stolice.
- Poranění při análním sexu po použití metody s titanovými klipy. Klipy samovolně odpadávají po několika týdnech od operace.

Všechny zmíněné komplikace si mohou vyžádat léčbu na intenzivních odděleních, další operační zákroky a doživotní zdravotní komplikace a omezení.

Při tomto zákroku **nebude - bude** vyžadována finanční spoluúčast pacienta ve výšiKč.

**POZNÁMKY LÉKAŘE K ROZHOVORU S PACIENTEM:**

(např. specifická rizika a možné komplikace, vedlejší zákroky, speciální otázky pacienta, omezení souhlasu, např. odmítnutí transfúze, možné nevýhody v případě odmítnutí, časového posunutí operace, důvody odmítnutí)

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

Místo/datum:

.....
jmenovka lékaře

.....
podpis lékaře

PROHLÁŠENÍ O INFORMOVANÉM SOUHLASU :

Prohlašuji, že mi byly lékařem zodpovězeny veškeré mé dotazy ohledně plánovaného výkonu a jsem o tomto výkonu, jeho možných rizicích, povýkonových komplikacích, následné léčbě a případných omezeních mé osoby dostatečně informován/a a rozumím jim. Porozuměl/a jsem svému zdravotnímu stavu a mohl/a svobodně a bez nátlaku zvážit nutnost a účelnost zamýšlených vyšetřovacích a léčebných výkonů a rizika s tím spojená, včetně případného nepohodlí, bolesti a dalších omezení spojených s touto léčbou. Byl/a jsem poučen/a o tom, že mohu svůj souhlas s lékařským výkonem kdykoliv odvolat.

Prohlašuji, že:

- SOUHLASÍM** s výše uvedeným lékařským výkonem, s jeho eventuálním rozšířením, s podáním krevní transfúze a s využitím záznamů pro výuku a výzkum. *(Nehodící se škrtněte)*

Přeji si, aby byly o mém zdravotním stavu informovány tyto osoby způsobilé právním úkonům:

Jméno/Adresa/Telefon:

Místo/datum:

.....
podpis pacienta (zákonného zástupce)

NESOUHLAS/ODVOLÁNÍ SOUHLASU S LÉKAŘSKÝM VÝKONEM A LÉČBOU

Nesouhlasím/Odvolávám svůj výše udělený souhlas s výše uvedeným lékařským výkonem a léčbou i přes všechna mi opětovně poskytnutá poučení a prohlašuji, že jsem si vědom/a možných rizik.

Místo/datum:

.....
podpis pacienta (zákonného zástupce)

.....
podpis lékaře