

**FORMULARZ ZGODY I INFORMACJA O PROPONOWANYM LECZENIU**  
(przygotowana przez zespół: Kryspin Mitura, Piotr Myśliwiec)

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	PESEL LUB DATA URODZENIA PACJENTA
IMIĘ I NAZWISKO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:	

**I Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody**

Ja, \_\_\_\_\_ zostałem/-am poproszony/-a o dokładne przeczytanie wszystkich informacji zawartych w tej zgodzie i o wyrażenie w pełni świadomej i dobrowolnej zgody na opisaną poniżej procedurę. Wy tłumaczono mi, że powinienem/-nam zadawać pytania o wszystko czego nie rozumiem i co pozostaje niejasne dla mnie. W pełni rozumiem, że zawarte w dokumencie informacje o proponowanym zabiegu mają na celu pomóc mi w podjęciu świadomej zgody na operację.

Zdaję sobie sprawę, że na podstawie wykonanych badań i oceny klinicznej, obejmujących między innymi wywiad chorobowy, badanie fizykalne i przegląd badań diagnostycznych, rozpoznano u mnie przepuklinę okolicy pachwiny. Rozumiem, że lekarz zaproponował mi leczenie przepukliny sposobem laparoskopowym z zastosowaniem siatki syntetycznej.

**Moja przepuklina, która ma być operowana znajduje się po stronie:** \_\_\_\_\_

**II Nazwa procedury medycznej lub zabiegu**

**LAPAROSKOPOWA OPERACJA NAPRAWCZA PRZEPUKLINY PACHWINY Z WSZCZEPIENIEM SIATKI  
(metodą TAPP lub TEP)**

**III Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta:**

Przepuklina jest to nieprawidłowe przemieszczenie zawartości jam ciała przez naturalne lub nabyte otwory w powłokach. Przepuklina pachwiny (pachwinowa lub udowa) to uwypuklenie otrzewnej ( *błony wyścielającej jamę brzuszną*) w przedniej ścianie brzucha w okolicy pachwiny. Najczęściej zawartość worka przepuklinowego stanowi sieć i jelito cienkie. Wielokrotnie częściej przepuklina występuje u mężczyzn, co związane jest z procesem zstępowania jąder do moszny w trakcie życia płodowego. Czynnikiem sprzyjającym powstawaniu przepuklin jest zaburzenie syntezy i dojrzewania kolagenu ( *głównego białka tkanki łącznej*). Powstawaniu przepuklin sprzyja także wzmożone parcie związane z działaniem tłoczni brzusznej u chorych z przerostem prostaty, chorobami jelita grubego i chorobami płuc związanymi z przewlekłym kaszlem. Ponadto zwiększone ryzyko stwierdza się u osób palących papierosy i wykonujących ciężką pracę fizyczną. Zwykle objawem przepukliny jest uwypuklenie zwiększające swoje rozmiary podczas kaszlu. Czasami jedynym objawem jest ból podbrzusza bez uwypuklenia. Najpoważniejszym powikłaniem u chorych z przepukliną jest uwięźnięcie w niej pętli jelitowej i martwica jelita prowadząca do zapalenia otrzewnej – wówczas konieczne jest wykonanie operacji w trybie pilnym. Ryzyko uwięźnięcia w ciągu całego życia wynosi nawet 20%, dlatego zalecane jest operowanie przepukliny w trybie planowym, zanim dojdzie do tego powikłania.

Zgodnie z aktualnymi wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Przepuklinowego wszyscy dorośli mężczyźni (w wieku >30 lat) z objawową przepukliną powinni być operowani z użyciem siatki. Ponadto rekomenduje się użycie siatki do naprawy przepukliny u kobiet oraz u młodych mężczyzn (18-30 lat) niezależnie od typu stwierdzonej przepukliny.

**IV Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji**

Współczesne sposoby leczenia przepuklin pachwinowych to tak zwane metody beznapięciowe – polegają one na zaopatrzeniu przepukliny bez zszywania tkanek pod napięciem. Zwykle polegają na zastosowaniu wszczepu syntetycznego ( *siatki*), który umieszcza się w okolicy pachwiny w celu wzmocnienia tylnej ściany kanału pachwinowego. Taka technika operacyjna pozwoliła na obniżenie częstości nawrotów przepukliny do około 1-2% operowanych chorych (częstość nawrotów przy zastosowaniu technik napięciowych wynosiła ponad 30%).



Sposób leczenia, który pragniemy Państwu zaproponować to beznapięciowe zaopatrzenie przepukliny pachwinowej sposobem laparoskopowym. Metoda ta stosowana jest od początku lat dziewięćdziesiątych dwudziestego wieku. Zabieg polega na umieszczeniu specjalnej siatki wzmacniającej powłoki brzusznej w okolicy pachwiny osłabionej chorobą przed błoną wyściełającą jamę brzuszną (*otrzewna*). Chirurg może uzyskać dostęp do przestrzeni przedotrzewnowej pośrednio poprzez jamę brzuszną (metoda laparoskopowa TAPP) lub bez umieszczania narzędzi wewnątrz jamy brzusznej, a jedynie w powłokach brzusznych (metoda endoskopowa TEP).

Opisywany zabieg zazwyczaj wymaga zastosowania znieczulenia ogólnego i intubacji (założeniu przez usta rurki do dróg oddechowych). W przypadku operacji TEP zabieg może czasami być wykonany w znieczuleniu zewnątrzoponowym, podpajęczynówkowym lub nawet miejscowym. Przed operacją może zostać podany antybiotyk dożylny. W razie potrzeby zakłada się cewnik do pęcherza moczowego lub sondę do żołądka.

Operacja polega na wykonaniu kilku (zwykle 3) niewielkich cięć skóry. Do jamy brzusznej (TAPP) lub przestrzeni przedotrzewnowej (TEP) wprowadza się gaz (*dwutlenek węgla*) aby oddzielić od siebie narządy, które w normalnych warunkach ściśle do siebie przylegają. Można to zrobić specjalną igłą lub trokarem (*rurką*). Następnie do jamy brzusznej przez wykonane nacięcia wkłuwają się trokary (*rurki*) przez które wprowadza się kamerę (*w okolicy pępka*) i specjalistyczne narzędzia chirurgiczne (*obok lub poniżej pępka*). Chirurgi patrząc na monitor przy użyciu specjalnych narzędzi wykonują operację. Po oddzieleniu zrostów bliznowatych, odprowadzeniu zawartości worka przepuklinowego do jamy brzusznej i przygotowaniu rozległej przestrzeni operacyjnej umieszcza się w niej siatkę. Stosowana siatka zwykle wykonana jest z niewchłanialnego materiału syntetycznego (najczęściej polipropylen lub poliester) i ma wymiary zbliżone do 10x15 cm, aczkolwiek może być większa lub mniejsza. Wybór rodzaju i wielkości siatki zostanie dokonany przez chirurga na podstawie oceny wielkości ubytku powłok stanowiącego wrota przepukliny i lokalnych warunków anatomicznych. Siatka może zostać umocowana klejem, zszywkami wchłanialnymi lub niewchłanialnymi, szwami lub zostać umieszczona bez mocowania (*wówczas utrzymywana jest na miejscu przez docisk wywołany ciśnieniem wewnątrzbrzusznym*). Jeśli wykonywane było nacięcie otrzewnej, zostaje ono zamknięte szwami lub zszywkami. Następnie opróżnia się jamę brzuszną z gazu i zamyka się wykonane nacięcia skóry, na których umieszcza się opatrunki. Po zaopatrzeniu przepukliny pachwinowej może być konieczne umieszczenie w powłokach brzusznych drenu, który zwykle usuwa się w ciągu kilku dni od zabiegu. Opisana operacja zwykle trwa od kilkudziesięciu minut do nawet kilku godzin. W przypadku operacji przepuklin nawrotowych zabieg jest bardziej skomplikowany, obarczony większym ryzykiem powikłań i nawrotów i może trwać dłużej.

Czasami (do 5% operacji) okoliczności zmuszają chirurga do zamiany operacji laparoskopowej na „otwartą” (jest to tzw. konwersja). Najczęstszą przyczyną takich sytuacji jest niejasna anatomia preparowanych struktur lub krwawienie śródoperacyjne. Cel operacji naprawczej przepukliny pachwiny „na otwarto” jest identyczny jak przy metodzie laparoskopowej – naprawa przepukliny i wzmocnienie tylnej ściany kanału pachwinowego siatką, najczęściej sposobem Lichtensteina. W rzadkich przypadkach, gdy nie można zastosować siatki (*zakażenie skóry, wyciek treści jelitowej, obecność ropnia*) chirurg może odstąpić od wszczepienia siatki i przepuklinę zaopatrzyć jedynie poprzez zeszywanie tkanek pacjenta. W metodzie „na otwarto” dostęp do jamy brzusznej uzyskuje się przez kilkunastocentymetrowe (czasem mniejsze) cięcie ponad więzadłem pachwinowym. Długość nacięcia skóry zależy od wielkości przepukliny i głębokości tkanki podskórnej (*im bardziej otyły pacjent, tym cięcie jest dłuższe*). W sytuacji, gdy chirurg uzna, że nie ma możliwości bezpiecznego wykonania operacji naprawczej przepukliny, może on odstąpić od zabiegu naprawczego i odłożyć go w czasie lub odstąpić od operacji definitywnie.

Leczenie przepuklin może być wykonywane w trybie jednego dnia niezależnie od użytej techniki.

**Laparoskopowe techniki leczenia przepuklin (TAPP i TEP) skutkują niższym odsetkiem powikłań infekcyjnych rany pooperacyjnej, krwiaków, bólu przewlekłego i szybszym powrotem do normalnej aktywności i pracy zawodowej niż najczęściej stosowana standardowa technika Lichtensteina**, określana mianem „złotego standardu”. Jednak z drugiej strony, endoskopowe techniki leczenia przepuklin mogą się wiązać z dłuższym czasem operacji i wyższym ryzykiem powstania surowiczaków (*zbiorników płynu surowiczego w ranie*) niż technika Lichtensteina. Pomimo licznych zalet, laparoskopowe techniki operacyjne charakteryzują się potencjalnie możliwością wystąpienia rzadkich, lecz ciężkich powikłań, a także wymagają od wykonujących je chirurgów dłuższego szkolenia przed samodzielnym operowaniem. Krzywa uczenia dla zabiegów endoskopowych (*czas po jakim chirurg przyswoi sobie daną technikę leczenia*) jest dłuższa niż dla operacji Lichtensteina i wynosi od 50 do 100 operacji.



## V Opis innych dostępnych metod leczenia

Poza opisanymi powyżej sposobami laparoskopowego leczenia przepuklin pachwinowych (*sposobem TAPP i TEP*), współcześnie stosowane są następujące sposoby leczenia przepuklin pachwiny:

1. Operacja sposobem Lichtensteina to jedna z najczęściej stosowanych metod z niskim (*ok. 1-2%*) odsetkiem nawrotów. Operacja polega na wykonaniu nacięcia w pachwinie, odprowadzeniu zawartości przepukliny i umieszczeniu siatki przepuklinowej na tylnej ścianie kanału pachwinowego. Siatka rutynowo przyszywana jest do więzadła pachwinowego i okolicznych tkanek. Wadą operacji jest częste występowanie przewlekłego bólu pachwiny (do 30%)
2. Plastyczne zaopatrzenie przepukliny z użyciem siatki – w metodzie tej wykorzystywana jest siatka o innym kształcie niż w metodzie Lichtensteina. Skuteczność tego sposobu leczenia jest podobna jak metody Lichtensteina. Zalecana jest ona szczególnie u osób z dużym ubytkiem tkanek w zakresie tylnej ściany kanału pachwinowego.
3. Inne techniki beznapięciowe takie jak PHS/UHS, mesh-plug (z zastosowaniem korka z siatki), metoda Trabucco lub Valentiego – metody te w krótkim okresie obserwacji dają wyniki podobne jak w metodzie Lichtensteina. W przypadku metody mesh-plug istnieje ryzyko przemieszczenia się korka z miejsca pierwotnego położenia (*opisywane w literaturze przypadki migracji korka do pęcherza moczowego, jamy otrzewnej, jelita grubego*).
4. Operacje bez stosowania siatki (*Shouldice, Desarda, Bassini, Halstead, inne*) polegają na zeszytciu własnych tkanek chorego w celu wzmocnienia kanału pachwinowego. Są to metody napięciowe, sprzyjają częstszemu występowaniu dolegliwości bólowych. Operacje bez użycia siatki związane są z wyższym ryzykiem nawrotu przepukliny.

## VI Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

### Powikłania związane ze znieczuleniem ogólnym

Obecnie używane leki i sprzęt do znieczulenia ogólnego należą do bezpiecznych, ale metoda ta związana jest z ryzykiem powikłań. Do najczęstszych i należą chrypka i ból gardła związane z obecnością rurki intubacyjnej, a także senność lub nudności i wymioty. Bardziej poważne powikłania to zaburzenia pracy serca i nieprawidłowa reakcja na leki stosowane do znieczulenia. W trakcie intubacji może dojść do uszkodzenia zębów, uszkodzenia tchawicy, obrzęku nagłośni. Zaburzenia ze strony układu krążenia mogą obejmować wzrost lub obniżenie ciśnienia tętniczego krwi oraz zaburzenia rytmu serca. Możliwe są także powikłania neurologiczne, reakcje uczuleniowe na stosowane leki, a u 1 na 40000 znieczulanych osób może wystąpić tzw. złośliwa hipertermia związana z mutacją genu kodującego jeden ze składników mięśni szkieletowych (*kanal wapniowy*). U osób z dużymi przepuklinami po zabiegu operacyjnym wzrasta ciśnienie w jamie brzusznej, czego konsekwencją może być niewydolność oddechowa w okresie pooperacyjnym. **Bardzo ważnym elementem profilaktyki powikłań oddechowych jest poprawa kondycji fizycznej poprzez ćwiczenia, spacerowanie i obniżenie masy ciała przed zabiegiem operacyjnym.**

### Powikłania chirurgiczne mogą wystąpić zarówno po operacji laparoskopowej, jak i „otwartej”

1. nawrót przepukliny – ryzyko nawrotu przepukliny przy zastosowaniu siatki jest niewielkie – 1-2%;
2. krwiak – ryzyko powstania krwiaka wynosi 1-15%; małe krwiaki leczy się zachowawczo, gdy powstały krwiak jest duży i daje dolegliwości bólowe możliwa jest operacyjna ewakuacja krwiaka; duże krwiaki po operacjach przepuklin obserwuje się rzadko; mogą im towarzyszyć rozległe zasinienia skóry brzucha i okolicy krocza utrzymujące się nawet kilka tygodni; masywne krwawienia mogą powodować wstrząs krwotoczny i stanowią zagrożenie życia, w wyniku nieleczzonego krwotoku może dojść do uszkodzenia nerek, serca lub zgonu;
3. surowiczak – to zbiornik płynu surowiczego w ranie, ryzyko powstania surowiczaka waha się od 0,5% do 12,2%; częstość jest większa po zabiegach techniką TAPP; większość surowiczaków wchłania się spontanicznie w ciągu 6-8 tygodni, zatem nie wymaga interwencji chirurgicznej; niekiedy może być potrzebne nakłucie i opróżnienie surowiczaka;



4. zakażenie rany – ryzyko zakażenia rany po zabiegu naprawczym przepukliny brzusznej wynosi 0-5% i jest większe po operacji „otwartej”; zastosowanie siatki nie powoduje zwiększenia ryzyka zropienia rany; w przypadku wystąpienia tego powikłania może być konieczne czasowe otwarcie i płukanie rany oraz założenie sączka do rany lub długotrwałe stosowanie terapii podciśnieniowej; bardzo rzadko dochodzi do uogólnionego zakażenia wymagającej leczenia antybiotykami lub wycięcia siatki;
5. uszkodzenia narządów jamy brzusznej i dużych naczyń – związane z wkłuwaniem trokarów, igły do wprowadzenia gazu i preparowaniem narządów; może to prowadzić do uszkodzenia ściany narządów, ich bezpośredniego lub opóźnionego przedziurawienia (perforacji). Przy uszkodzeniu naczyń może dojść do krwotoku bezpośredniego lub opóźnionego (zwłaszcza przy uszkodzeniach), co może prowadzić do zagrożenia życia i zdrowia;
6. przemieszczenie siatki – zmiana kształtu i rozmiaru na skutek bliznowacenia lub włóknienia mogą powodować nawroty, ból przewlekły lub migrację do innych narządów lub naczyń;
7. przemieszczenie zszywek i materiałów mocujących (obecnie używa się ich rzadko) – opisywano przemieszczenie zszywek do jelit, pęcherza moczowego, naczyń krwionośnych lub innych narządów;
8. powikłania w obrębie jądra i powrózka nasiennego – występują rzadko, częstość powikłań jest podobna po zabiegach otwartych i laparoskopowych, m.in. niedokrwiennie zapalenie jądra – może prowadzić do jego martwicy w ciągu kilku dni lub zaniku jądra w ciągu kilku miesięcy. Leczenie tej choroby polega na stosowaniu leków przeciwzapalnych i antybiotyku. Możliwa jest także niedrożność nasieniowodu na skutek operacji lub bliznowacenia tkanek, skutkujące zaburzeniami płodności. W takim przypadku podejmuje się próbę rekonstrukcji nasieniowodu;
9. przewlekły ból pachwiny – U 3% chorych występują bóle przewlekłe utrzymujące się powyżej 3 miesięcy, mające negatywny wpływ na jakość życia. Ból może być skutkiem uszkodzenia jednego z nerwów okolicy pachwinowej lub zmienionych stosunków anatomicznych w operowanej okolicy. Nie znamy obecnie skutecznej metody leczenia bólu przewlekłego, jedynie u niektórych chorych ponowny zabieg operacyjny może być skuteczny. U chorych reoperowanych z powodu nawrotu przepukliny ryzyko bólu przewlekłego jest 4-krotnie większe. Ryzyko wystąpienia bólu jest mniejsze po operacjach laparoskopowych oraz po zabiegach z użyciem siatki (w porównaniu z zabiegami bez siatki). Stwierdzono, że ryzyko wystąpienia bólu przewlekłego po operacjach przepuklin zmniejsza się wraz z wiekiem. Ryzyko wystąpienia bólu przewlekłego jest większe u kobiet niż u mężczyzn; dolegliwości okolicy pachwiny mogą obejmować swędzenie, drętwienie, zaburzenia czucia, pieczenie skóry podbrzusza, krocza i uda;
10. ryzyko zgonu – po operacji przepuklin jest niskie i wynosi < 1%, podobnie jak ryzyko w populacji ogólnej; ryzyko zgonu jest większe po operacjach w trybie doraźnym i wynosi 7%. Gdy wykonywana jest resekcja jelita ryzyko zgonu wzrasta 20-krotnie w porównaniu z zabiegami planowymi;
11. opóźnione gojenie lub rozejście się rany – częstsze po operacji „otwartej” - na skutek powikłań gojenia lub zaburzeń ukrwienia – może wymagać ponownej interwencji chirurgicznej;
12. zakażenie innych układów – w szczególności układu moczowego oraz oddechowego;
13. powikłania związane z zakładaniem i obecnością wkłuc dożylnych – miejscowe zakażenie, krwiak, obrzęk;
14. tworzenie się zakrzepów w układzie żylnym – co zagraża zakrzepicą naczyń kończyn dolnych, naczyń jamy brzusznej, a w przypadku oderwania zakrzepu zatorem tętnicy płucnej, lub mikrozatorowością płuc;
15. powstawanie zatorów tętnic materiałem zakrzepowym lub gazem – mogą one spowodować między innymi zawał serca, udar mózgu, lub zamknięcie innych tętnic obwodowych;
16. powikłania ze strony układu krążenia – nasilenie niewydolności krążenia, zaburzenia rytmu serca, niedokrwienie mięśnia sercowego;
17. uszkodzenia lub oparzenia skóry – przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny;
18. alergie na leki stosowane w okresie;
19. duże i zniekształcające blizny – *mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych;*
20. zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B i C (tzw. *żółtaczkę zakaźną*) lub wirusem HIV;
21. uszkodzenia gałązek nerwów skórnych – *powodujące czasowe lub stałe zaburzenia czucia okolicy blizny pooperacyjnej;*
22. *mogą wystąpić inne rzadkie, nie opisywane powyżej powikłania stanowiące zagrożenia dla zdrowia i życia.*

**VII** Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta (*miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem*) .....



**VIII** Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Po operacji należy spodziewać się dolegliwości bólowych okolicy ran i pachwiny. Mogą być zlecone środki przeciwbólowe, antybiotyki i inne leki w razie potrzeby. Stąd istnieje konieczność poinformowania lekarza przed operacją o znanych ewentualnych uczuleniach na stosowane leki i przedstawienie listy wszystkich przyjmowanych aktualnie leków. O terminie wypisu z ośrodka prowadzącego leczenie zadecyduje chirurg, zależnie od przebiegu leczenia. Po operacji mogą zostać wprowadzone ograniczenia dietetyczne. Przez kilka dni po operacji odczuwalny jest dyskomfort w jamie brzusznej, narasta zmęczenie i mogą pojawić się nudności.

Jak wspomniano powyżej laparoskopowe leczenie przepukliny pachwinowej sposobem beznapięciowym z użyciem siatki jest skuteczne i wiąże się z niewielkim odsetkiem nawrotów (około 1-2%). W przypadku wystąpienia nawrotu przepukliny nadal możliwe jest leczenie chirurgiczne zarówno metodą otwartą, jak i laparoskopową. Dodatkowo przez kilka dni do kilku tygodni może być wskazane unikanie wysiłku fizycznego.

**IX** Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego badania

Może się Pan/-i NIE zgodzić się na proponowane leczenie operacyjne i znieczulenie. W przypadku rezygnacji z leczenia przepukliny pachwinowej w trybie planowym naraża się Pan/i na możliwe powikłania. Nieoperowana przepuklina może zwiększać swoje rozmiary z biegiem czasu i powodować coraz silniejsze dolegliwości bólowe. Początkowo podczas zwiększonego wysiłku fizycznego, a następnie podczas codziennych czynności, a nawet w spoczynku. Najpoważniejszym zagrożeniem jest ryzyko uwięźnięcia przepukliny (*bolesny guz przepuklinowy, którego nie da się odprowadzić do jamy brzusznej*). Może wówczas dojść do niedrożności jelit, martwicy narządów, przedziurawienia jelit i zakażenia. W przypadku uwięźnięcia, którego ryzyko sięga nawet 20%, konieczny jest zabieg operacyjny w trybie doraźnym, przeprowadzany zwykle podczas ostrego dyżuru chirurgicznego. Ryzyko powikłań po takim zabiegu jest większe niż po zabiegu przeprowadzanym w trybie planowym, po odpowiednim przygotowaniu chorego.

**X** Informacja o na temat zasad funkcjonowania placówki leczniczej

W składzie zespołu leczącego mogą się znaleźć rezydenci, stażyści lub studenci kierunków medycznych i inni pracownicy ochrony zdrowia. Mogą oni wykonywać całość lub część zabiegu pod nadzorem lekarza odpowiedzialnego za przeprowadzenie operacji, lub obserwować przebieg zabiegu. Lekarz odpowiedzialny za przeprowadzenie zabiegu wykona lub będzie obecny podczas najważniejszych etapów operacji. Od decyzji zespołu leczącego i sytuacji operacyjnej zależy kto i w jakim zakresie będzie uczestniczył w wykonywaniu operacji.

Podczas operacji całość lub część zabiegu może być nagrywana lub fotografowana dla celów medycznych, naukowych lub dydaktycznych. Wyrażam zgodę na filmowanie, fotografowanie i nagrywanie zabiegu z widocznymi elementami mojego ciała, przy założeniu, że moja tożsamość nie zostanie ujawniona. Nagrane i sfilmowany materiał pozostaje własnością placówki medycznej prowadzącej leczenie, która może materiał edytować, archiwizować lub zniszczyć.

**XI** Oświadczenie pacjenta

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/-łam\* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam\* poinformowany/na\* o proponowanym rodzaju leczenia. Oświadczam, iż miałem/-łam\* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/-łam\* na nie odpowiedź. Jeżeli macie Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia prosimy o ich wpisanie poniżej:

.....  
 .....

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	PESEL LUB DATA URODZENIA PACJENTA
--------------------------	-----------------------------------

Mój poniższy podpis oznacza, że:

1. Przeczytałem/-am (*lub odczytano mi*), rozumiem i zgadzam się ze stwierdzeniami opisanymi powyżej.
2. Lekarz wyjaśnił mi wszystkie niejasności. Miałem/-am możliwość zadawania pytań, na które otrzymałem/-am wyczerpujące i zrozumiałe odpowiedzi, które mnie zadowolily.
3. Wszystkie puste rubryki w dokumencie zostały wypełnione przed złożeniem przeze mnie podpisów.
4. Nie otrzymałem/-am żadnych gwarancji lub zapewnienia co do ostatecznego wyniku proponowanego leczenia.
5. Podpisuję tę zgodę w pełni dobrowolnie. Nie podpisuję zgody pod żadnym przymusem, szantażem, wpływem lub namową innych.
6. Zdaję sobie sprawę, że zgodę mogę wycofać w dowolnym momencie przed rozpoczęciem zabiegu.
7. Zostałem poinformowany o konieczności usunięcia/zdjęcia przed operacją biżuterii (*łańcuszków, pierścionków, obrączek, kolczyków*).
8. Upoważniam lekarza i zespół przeprowadzający zabieg do wykonania laparoskopowej/endoskopowej operacji naprawczej przepukliny pachwiny i usunięcia lub naprawie każdego narządu/tkanki, które w ocenie zespołu leczącego będą wymagały naprawy/usunięcia. Zdaję sobie sprawę, że w trakcie operacji, sytuacja może ulec nagłej zmianie i wymagać od lekarza lub innych członków zespołu terapeutycznego, podjęcia decyzji o wykonaniu dodatkowych procedur, które w ich mniemaniu okażą się niezbędne w celu osiągnięcia pożądaných korzyści, włączając w to, ale nie ograniczając jedynie do, usuwania zrostów wewnątrztrzewnowych i podaniu leków lub produktów krwiopochodnych. Upoważniam lekarza i zespół terapeutyczny do wykonania wszelkich czynności medycznych lub dodatkowych zabiegów, które w ich profesjonalnej ocenie opartej na ich wiedzy medycznej i doświadczeniu zostaną uznane za uzasadnione oraz zwalniając ich z obowiązku uzyskania dodatkowej zgody na te czynności, jeśli uzyskanie takiej zgody oznaczałoby przerwanie lub opóźnienie leczenia.

DATA	PODPIS PACJENTA	PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO
------	-----------------	-----------------------------------

**WYRAŻAM DOBROWOLNIE ZGODĘ NA PRZEPROWADZENIE PROPONOWANEJ OPERACJI**

DATA	PODPIS PACJENTA	PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO
------	-----------------	-----------------------------------

**NIE WYRAŻAM ZGODY NA PRZEPROWADZENIE PROPONOWANEJ OPERACJI**

DATA	PODPIS PACJENTA	PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO
------	-----------------	-----------------------------------

uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej/zabiegu

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam\* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób.

DATA	PODPIS PACJENTA	PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO
------	-----------------	-----------------------------------

DATA	PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA
------	----------------------------