

|                                                                                  |                                                   |                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
|  | ДОКУМЕНТИ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО             | Документ No :HD-FR-773<br>Дата на редакция:16.04.2024<br>Ревизия No :00 |
|                                                                                  | ИНФОРМАЦИОНЕН ФОРМУЛЯР ЗА СЪГЛАСИЕ ЗА ЛАПАРОТОМИЯ | Дата на ревизия:...<br>Страница No :1/4                                 |

Име – Фамилия на Пациента :

Дата : Протокол No :

## ОБЩА ИНФОРМАЦИЯ

Вашето най-естествено право е да бъдете информирани за медицинското/хирургичното лечение и диагностичните процедури, които Ви се препоръчват за лечение поради Вашето медицинско състояние и вашето заболяване. След като се запознаете с ползите и възможните рискове от медикаментозно лечение и хирургични интервенции, зависи от вас да се съгласите или да отхвърлите процедурата. Целта на това обяснение не е да ви изплаши или разтревожи, а да ви въвлече по-съзнателно в решенията за вашето здравословно състояние. Ако желаете, цялата информация и документи, свързани с вашето здравословно състояние, могат да бъдат предоставени на вас или на ваш близък, който прецените за подходящ. Този формуляр е изготвен, за да помогне на лекуващия Ви лекар да Ви информира за рисковете от планираното лечение/интервенция и алтернативните методи на лечение. Моля, прочетете този формуляр изцяло и внимателно и подпишете този формуляр за съгласие, след като сте го прочели и всички ваши съмнения относно съответната процедура са били изчерпани от лекаря.

## КАКВО ТРЯБВА ДА ЗНАЕТЕ ЗА ВАШЕТО ЗАБОЛЯВАНЕ

Тази процедура описва разрязване на коремната стена и навлизане в корема. Тази процедура може да се наложи по причини като овариална торзия (завъртане на яйчника около себе си), руптура на киста (спукване на киста), извънматочна бременност (извънматочна бременност), тубоовариален абсцес (възпаление на тръбите и яйчниците).

Причината или причините за болки в корема не винаги могат да бъдат установени със сигурност чрез преглед и изследване. Но извършените изследвания и прегледите дават информация дали коремната болка трябва да се следи, дали може да се лекува медикаментозно, дали се налага оперативно лечение, а ако се налага оперативно лечение, дали е спешно или не.

## АНЕСТЕЗИЯ

Във **формуляра** за информация за анестезия ще **се запознаете с** информацията за анестезия и възможните рискове. Ако имате някакви притеснения, консултирайте се с вашия анестезиолог. Ако не е предоставен информационен формуляр, моля, поискайте го.

## КАКЪВ ВИД ЛЕЧЕНИЕ/ИНТЕРВЕНЦИЯ ЩЕ СЕ ПРИЛОЖИ (ТРЯБВА ДА СЪДЪРЖА ИНФОРМАЦИЯ ЗА АЛТЕРНАТИВНИ ЛЕЧЕНИЯ):

Тази операция се извършва под обща анестезия и често по спешност. Обикновено се използва лапароскопски (затворена хирургия), разрез на Pfannenstiel (разрез за цезарово сечение) или медианен разрез под и над пъпа (разрез по средната линия на корема). Ако причината е усложнение от предишна операция, тогава може да се използва предишният разрез. Установява се причината за заболяването в корема и се пристъпва към евентуално оперативно лечение. Има много хирургични причини за коремна болка. Което и да е налице, поради тази причина се извършва операция или операции. Ако е необходимо, се поставя дренаж, яйчниците, тръбите и матката на пациентката могат

|                                                                                  |                                                   |                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
|  | ДОКУМЕНТИ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО             | Документ No :HD-FR-773<br>Дата на редакция:16.04.2024<br>Ревизия No :00 |
|                                                                                  | ИНФОРМАЦИОНЕН ФОРМУЛЯР ЗА СЪГЛАСИЕ ЗА ЛАПАРОТОМИЯ | Дата на ревизия:...<br>Страница No :2/4                                 |

да бъдат отстранени. В случай на нараняване на червата може да се наложи резекция на червата (отстраняване на част от червата), възстановяване, колостомия (отваряне на дебелото черво към кожата), възстановяване на пикочния мехур и дългосрочно проследяване с постоперативен катетър.

Продължителността на операцията може да варира в зависимост от състоянието на пациента и хода на операцията. Очакваното време е приблизително 90-120 минути.

В зависимост от състоянието на пациента по време или след операцията могат да се използват лекарства като болкоуспокояващи, антибиотици, хемостатици, разреждатели на кръвта, продукти за ентерално или парентерално хранене, стомашни протектори, против гадене, антидиабетни и антихипертензивни лекарства.

## **РИСКОВЕ И УСЛОЖНЕНИЯ ОТ ЛЕЧЕНИЕТО / ПРОЦЕДУРАТА**

### **I- Рискове и Усложнения при Анестезия**

Лекарствена алергия поради обща анестезия (приспиване), нарушения на ритъма, сърдечно-съдова дисфункция като хипертония и хипотония, белодробни проблеми, влошаване на дихателните функции, необходимост от респиратор след операция, чернодробна недостатъчност (токсичен хепатит поради лекарства, жълтеница), увреждане на гласните струни поради интубация, рискове като възпалено гърло, след операцията също могат да се появят гадене, повръщане и болка в окото.

### **II- Рискове и Усложнения от Лечението или Процедурата:**

Съществува риск от нараняване на интраабдоминални органи като черва, вени и пикочен мехур по време на влизане в корема и операцията. Кървене, Нараняване на други интраабдоминални органи, Тромбоемболизъм, който може да се развие във всеки орган (мозък, бял дроб, сърце...). Леки и лечими изгаряния, които могат да възникнат поради каутеризация.

Рискове, които могат да възникнат след операция

Кървене, Инфекция, Натрупване на тъканна течност в раната, Отваряне на раната, Инфекция на раната, Забавено зарастване на раната, Прекомерно образуване на тъкан на белег в раната, Херния поради хирургическия разрез, Тромбоемболизъм (отделяне на съсирек) (мозък, бял дроб, сърце..) Белодробни проблеми (затруднено дишане, белодробна инфекция, затваряне на белите дробове). Сърдечно-съдови проблеми (сърдечен удар, сърдечна недостатъчност, запушвания със съсиреци в съдовете на органите или крайниците, високо или ниско кръвно налягане, влошаване на сърдечната честота). Парализа поради запушване на мозъчните съдове, трайна или временна загуба на съзнание, нарушения в други мозъчни функции. Влошаване на бъбречните функции (временна или постоянна невъзможност за уриниране след операция, временно или постоянно влошаване на бъбречните функции). Повторна операция (в случай на усложнения като кървене, херния и инфекция, които изискват интервенция след операцията). Рецидив, т.е. повторна поява на заболяването. Инфекция на мястото на дренажа, кървене, отделяне на течност, зарастване с прекомерна тъкан на белег.

### **ПОСЛЕДИЦИ, КОИТО МОГАТ ДА ВЪЗНИКНАТ В СЛУЧАЙ НА НЕПРИЛАГАНЕ НА ИНТЕРВЕНЦИЯТА**

Тъй като тази операция е планирана в случаите, когато е необходимо хирургично лечение и за окончателна диагноза и лечение, има сериозни рискове, ако операцията не бъде извършена.

|                                                                                  |                                                   |                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
|  | ДОКУМЕНТИ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО             | Документ No :HD-FR-773<br>Дата на редакция:16.04.2024<br>Ревизия No :00 |
|                                                                                  | ИНФОРМАЦИОНЕН ФОРМУЛЯР ЗА СЪГЛАСИЕ ЗА ЛАПАРОТОМИЯ | Дата на ревизия:....<br>Страница No :3/4                                |

Окончателна диагноза и лечение може да не бъдат възможни. В този случай заболяването може да прогресира, да възникнат по-трудни или дори нелечими състояния или да е животозастрашаващо и да причини смъртта на пациента.

#### СПЕЦИАЛНА ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА:

.....  
.....

Име Фамилия на Пациента :..... Подпис:..... Дата:.....

Име Фамилия на Лекаря :..... Подпис:..... Дата:.....

Съгласен/а съм с прегледа на клиничната информация от моята медицинска документация за напредъка на медицинското обучение, медицинските изследвания и обучението на лекарите, при условие че се спазват правилата за поверителност на пациентите в регламента за правата на пациентите. Давам съгласието си резултатите от изследванията да бъдат публикувани в медицинската литература при запазване на поверителността на пациента. Наясно съм, че мога да откажа да участвам в такова проучване и че този отказ няма да повлияе неблагоприятно на лечението ми по никакъв начин.

**Снимка/Публика:** Съгласявам се със снимане или видеозапис на операцията, включително подходящи части от тялото ми, за научни, медицински или образователни цели, при условие че снимките не разкриват самоличността ми. Също така одобрявам допускането на квалифицирани наблюдатели в операционната зала по време на операция в интерес на подобряване на медицинското образование. Прочетох и разбрах съдържанието на формуляра за информирано съгласие. Всички празни места в този формуляр бяха попълнени, преди да го подпиша и получих копие от него.

#### Одобрение на Пациента:

Разбирам, че медицинската практика не е точна наука и не може да се даде гаранция за резултата или лечението. В документа за съгласие и в проведения разговор с лекарите ми беше предоставена подробна информация за състоянието ми, процедурата и рисковете, които трябва да се приложат, и възможностите за лечение. Декларираме, че осъзнаваме отговорността си в това отношение и че приемаме и одобряваме операцията без насилие, внушение, материален или морален натиск.

Знам, че по време на интервенциите може да се наложи използването на медицински устройства като рентген, скопия, ултрасонография, сцинтиграфия, компютърна томография, магнитен резонанс и др., и че може да бъде изложен/а на лъчи, които могат да причинят неблагоприятни ефекти върху здравето ми в някои от тези устройства/приложения и аз одобрявам използването на тези медицински устройства, ако счете за необходимо.

Знам, че много рядко по време на операцията може да възникне различна ситуация, която не е била преживявана досега, и в този случай давам разрешение и съгласие хирургическият екип да предприеме подходящи интервенции.

Подписвам този формуляр съзнателно, без никакви допълнителни обяснения, без никакъв натиск.

|                                                                                  |                                                   |                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
|  | ДОКУМЕНТИ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО             | Документ No :HD-FR-773<br>Дата на редакция:16.04.2024<br>Ревизия No :00 |
|                                                                                  | ИНФОРМАЦИОНЕН ФОРМУЛЯР ЗА СЪГЛАСИЕ ЗА ЛАПАРОТОМИЯ | Дата на ревизия:...<br>Страница No :4/4                                 |

Име Фамилия на Пациента :

Дата/час:

Подпис :

или

Настойник / Роднина На Пациента:

Дата / Час:

Име Фамилия :

Подпис :

(Роднинска връзка.....)

Име Фамилия на Преводача :

Подпис :

На посочения по-горе пациент/роднина на пациента са дадени адекватни и задоволителни обяснения относно заболяването, интервенцията, която трябва да се извърши, причината и ползите от тази интервенция, необходимите грижи след интервенцията, очакваните рискове, вида на анестезия, която ще бъде приложени за интервенцията, ако е необходимо, и рисковете и усложненията от анестезията. Пациентът/роднината на пациента е прочел и подписал този формуляр със собствено съгласие, потвърждавайки, че е достатъчно информиран за хоспитализация.

Име и Фамилия на лекаря:

Подпис :

Дата / Час :

: