

Pisana obavijest o operaciji pilonidalnog sinusa / apscesa

U skladu sa člancima 6, 8, 9 i 16. Zakona o zaštiti prava pacijenata (NN 169/04, NN 37/08), članku 22. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/08), članka 19. Zakona o liječništvu (NN 121/03, NN 117/08), Pravilnika o obrascu suglasnosti te obrascu izjave o odbijanju pojedinog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka (NN 10/08) te Pravilnika o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove-Prilog V. Prava pacijenata – Pristanak/odbijanje obaviještenog pacijenta (NN 31/11), liječnik specijalist _____ obavijestio je mene, _____

(ime i prezime specijalista)

(ime i prezime pacijenta, datum rođenja)

o dijagnostičkom odnosno terapijskom postupku te da postoje određeni **rizici i moguće komplikacije** koji mogu nastati tijekom i nakon izvođenja istog

<p>Naziv i opis postupka: OPERACIJA PILONIDALNOG SINUSA/APSCESA</p> <p>Pilonidalni sinus je slijepi završetak kanala koji leži ispod kože. Ovaj kanal je prožet granulacijskim tkivom (kronična upala) i sadrži dlake. Obično leži u procijepu između stražnjice, ali može se naći i drugdje. Postoji nekoliko operativnih tehnika koje se mogu koristiti pri liječenju ove bolesti, uključujući rezanje zahvaćenog područja i zdrave okolne kože, pri čemu se nastali defekt može ostaviti otvorenim dopuštajući tkivu da cijeli iz baze prema gore ili se može primjeniti zatvaranje defekta na različite načine. Zahvat se izvodi u lokalnoj, regionalnoj ili općoj anesteziji, ovisno o odabranom postupku.</p>
<p>Dobrobiti :</p> <p>Uklanjanje kanala čime se smanjuje mogućnost infekcije, stvaranja apscesa i upalne reakcije</p>
<p>Rizici :</p> <p>Rane se mogu inficirati uzrokujući crvenilo, povećanu bol, oteklinu i iscjedak. Tada će možda trebati uključiti antibiotike u terapiju. Ako je rana primarno zatvorena, a nastupi infekcija, možda će trebati odstraniti šave kako bi se očistio inficirani sadržaj čime se produljuje liječenje. je nastupilo neko od navedenih komplikacija, liječenje može potrajati nekoliko tjedana, što će zahtijevati i ambulantne kontrole kirurga. Iza operacijskog zahvata neminovno zaostaju ožiljci u zoni operacije. Stanje se može ponoviti.</p>
<p>Zamjenski postupci :</p> <p>Nema zamjenskih postupaka, u slučaju apscesa i spontane gnojne sekrecije lokalni tretman prevojima eventualno uz antibiotsku terapiju.</p>
<p>Potpis i faksimil odgovornog doktora medicine za obavljanje postupka :</p>
<p>Datum:</p>

Izjava pacijenta

Svojim potpisom potvrđujem da sam detaljno upoznat/a s koristima i rizicima postupka, s drugim dijagnostičkim odnosno terapijskim mogućnostima, da sam razumio/la pročitano te da sam mogao/la postaviti pitanja liječniku u svrhu razjašnjavanja nejasnoća. Istim potpisom potvrđujem da shvaćam i prihvaćam da, ukoliko se u tijeku visokorizičnog postupka (kirurških ili ostalih invazivnih postupaka) ukažu novi neočekivani momenti, isti mogu tijekom zahvata promijeniti i zahvat može završiti na način različit od ranije mi objašnjenog, a razlozi istoga će mi nakon zahvata biti objašnjeni.

Datum: _____

Potpis pacijenta ili njegovog zakonskog zastupnika ili skrbnika : _____